




Integrativa
FONDO EST

GUIDA PIANO SANITARIO **SANIMPRESA**

VALIDA DA GENNAIO 2026



Un obbligo contrattuale
a completo carico dell'azienda
estendibile ai familiari e ai pensionati

Guida al Piano sanitario

SANIMPRESA INTEGRATIVA FONDO EST

Unisalute è l'erogatore principale delle prestazioni offerte da SANIMPRESA in virtù di una Convenzione sulla base della quale è stato siglato un contratto di assicurazione con relativo "Piano sanitario".

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

La convenzione resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

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

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

UniSalute S.p.A.

Funzione Reclami Via Larga, 8
40138 Bologna
fax 051- 7096892
e-mail reclami@unisalute.it.

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

I reclami indirizzati all'IVASS contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: www.unisalute.it.

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

PER LE PRESTAZIONI PREVISTE
DAL PIANO SANITARIO:

collegati al sito internet

www.sanimpresa.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

PER LE PRESTAZIONI
DELL'AREA RICOVERO

contatta preventivamente il

Numero Verde 800.016631

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.63.89.046

orari: 8.30 - 19.30 dal lunedì al venerdì

***I servizi UniSalute
sempre con te!***



Scarica gratis l'app da App Store e Play Store

7

BENVENUTO

9

COME UTILIZZARE
LE PRESTAZIONI
DEL PIANO
SANITARIO

13

SERVIZI ONLINE E
MOBILE

15

A CHI SONO
RIVOLTE LE
PRESTAZIONI DEL
PIANO SANITARIO

16

PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

- 18** Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico (diverso da intervento chirurgico previsto dal Piano sanitario base del Fondo di appartenenza)
- 22** Ospedalizzazione domiciliare
- 23** Cure oncologiche
- 24** Prestazioni diagnostiche particolari previste solo per gli iscritti con più di 60 anni
- 25** Stati di non autosufficienza consolidata/permanente
- 34** Fisioterapia domiciliare

- 35** Tariffe agevolate per iscritti in stati di non autosufficienza temporanea
- 36** Monitor Salute
- 38** Sisereno – prestazioni di psicoterapia online
- 39** Servizi di consulenza e assistenza

43

CONTRIBUTI

44

CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

47

ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI



BENVENUTO

1. PERCHÈ UNA CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA?

Sanimpresa è la Cassa di assistenza sanitaria integrativa di Roma e del Lazio che ha lo scopo di integrare, senza mai sostituire, l'attività del Servizio Sanitario Nazionale e di provvedere al rimborso integrale o parziale delle spese sanitarie, permettendo ai propri iscritti di godere di vantaggi concreti ed immediati. Il prolungarsi dei tempi tra richiesta e prestazione, spesso costringe le famiglie a cercare soluzioni private con notevole aggravio dei costi. Sanimpresa rappresenta la migliore soluzione per affrontare questi problemi: tempi di attesa brevi con coperture di alta qualità.

2. UN OBBLIGO CONTRATTUALE, COMPLETAMENTE A CARICO DELLE AZIENDE

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

3. I SERVIZI ONLINE OFFERTI DA UNISALUTE PER SANIMPRESA

Su www.sanimpresa.it, hai a disposizione un'Area Servizi Online Sanimpresa 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 "SERVIZI ONLINE E MOBILE"** della presente Guida.

COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

1. STRUTTURA CONVENZIONATA CON UNISALUTE PER SANIMPRESA

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

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.sanimpresa.it nell'Area Servizi Online Sanimpresa 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 per Sanimpresa, 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.

Sanimpresa attraverso 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 Sanimpresa. Utilizza la funzione di Prenotazione sul sito www.sanimpresa.it nell'Area Servizi Online Sanimpresa, è comodo e veloce!

2. STRUTTURA NON CONVENZIONATA CON UNISALUTE

Il Piano sanitario, **in alcuni casi**, può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con Sanimpresa. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

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

Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a internet invia copia della documentazione a Sanimpresa “Cassa Assistenza Sanitaria Integrativa di Roma e del Lazio” – Via Enrico Tazzoli, 6 – 00195 Roma.

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 sul sito www.sanimpresa.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.

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero e ad esso connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell’evento a cui si riferisce.

- > in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- > copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso, Sanimpresa avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

Sanimpresa 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.

3. SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su www.sanimpresa.it all'interno dell'Area Servizi Online Sanimpresa.

È facile e veloce!

Valutazione rimborso on line

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

In alternativa, invia a Sanimpresa “Cassa Assistenza Sanitaria Integrativa di Roma e del Lazio” – Via Enrico Tazzoli 6 – 00195 Roma (RM), la documentazione necessaria.

SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

1. IL SITO DI SANIMPRESA

Sanimpresa propone per i propri Iscritti un'area riservata ricca di tutti i Servizi necessari per velocizzare e semplificare al massimo le operazioni connesse alle prestazioni sanitarie e alle informazioni sulle richieste di rimborso.

Collegandosi al sito www.sanimpresa.it e accedendo all'Area Servizi Online Sanimpresa (A.S.O.S.) tramite username e password è possibile:

- prenotare direttamente on line presso le strutture convenzionate visite ed esami non connessi a un ricovero e ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento; a seguito della richiesta di prenotazione on line, l'iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima;
- verificare ed aggiornare i tuoi dati e le tue coordinate bancarie;
- chiedere i rimborsi delle prestazioni ed inviare la documentazione direttamente dal sito;
- consultare l'estratto conto on line per la verifica dello stato di lavorazione delle richieste di rimborso inviate;
- consultare le prestazioni del proprio Piano sanitario;
- consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate;
- ottenere pareri medici.

2. L'APP DI UNISALUTE

Con **Unisalute Up**, la nuovissima app di UniSalute, puoi:

- > **prenotare visite ed esami** 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 leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Le prestazioni sono previste a favore dei Dipendenti del Settore Terziario e del settore Turismo di Roma e del Lazio, iscritti al Fondo EST e a Sanimpresa, in regola con i versamenti.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo a carico del dipendente, all'intero nucleo familiare (fratelli e sorelle, coniuge o convivente more uxorio e figli, risultanti tutti da certificato di stato di famiglia o da autocertificazione).

Le modalità per l'iscrizione del nucleo familiare sono esposte al capitolo "Contributi".

I titolari di pensione di vecchiaia già iscritti almeno da cinque anni alla Cassa nel periodo precedente il pensionamento, hanno la facoltà di proseguire direttamente l'iscrizione a SANIMPRESA (da effettuarsi al momento del pensionamento).

Possono, sempre volontariamente, anche proseguire l'iscrizione del coniuge o convivente more uxorio e degli eventuali figli, facenti parte del nucleo familiare, se già iscritti alla Cassa da almeno cinque anni. Le modalità per l'iscrizione del pensionato e del suo nucleo familiare sono esposte nel capitolo contributi "Pensionati".

LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

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

- RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO (DIVERSO DA INTERVENTO CHIRURGICO PREVISTO DAL PIANO SANITARIO BASE DEL FONDO DI APPARTENENZA)
- DAY-HOSPITAL CHIRURGICO
- INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE
- PARTO CESAREO
- OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE
- CURE ONCOLOGICHE
- PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI PREVISTE SOLO PER GLI ISCRITTI CON PIÙ DI 60 ANNI
- STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE
- STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE;
- FISIOTERAPIA DOMICILIARE
- TARIFFE AGEVOLATE PER ISCRITTI IN STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA;
- MONITOR SALUTE
- SISERENO – PRESTAZIONI DI PSICOTERAPIA ONLINE
- SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO

(DIVERSO DA INTERVENTO CHIRURGICO
PREVISTO DAL PIANO SANITARIO BASE
DEL FONDO DI APPARTENENZA)

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Isritto venga ricoverato per effettuare un intervento chirurgico può godere delle seguenti prestazioni:

➤ **Intervento chirurgico**

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

➤ **Assistenza medica, medicinali, cure**

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

➤ **Rette di degenza**

Non sono comprese nella copertura le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con Sanimpresa, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 210,00** al giorno.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Sanimpresa ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente da Sanimpresa, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, con l'applicazione di una quota a carico dell'iscritto pari a **€ 2.000,00**, che dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Sanimpresa rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell'iscritto durante il ricovero. In questo caso, però, l'iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

1. DAY-HOSPITAL CHIRURGICO

Nel caso di day-hospital chirurgico (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), Sanimpresa, per il tramite di UniSalute, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al paragrafo "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico (diverso da intervento chirurgico previsto dal Piano sanitario base del Fondo di appartenenza)" con i relativi limiti in essi indicati.

2. INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, Sanimpresa, per il tramite di UniSalute, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico (diverso da intervento chirurgico previsto dal Piano sanitario base del Fondo

di appartenenza)” ai punti “Intervento chirurgico e “Assistenza medica, medicinali, cure”, con i relativi limiti in essi indicati.

3. PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo, Sanimpresa, per il tramite di UniSalute, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico (diverso da intervento chirurgico previsto dal Piano sanitario base del Fondo di appartenenza)” nei punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure” e “Retta di degenza” con i relativi limiti in essi indicati.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 2.500,00** per anno associativo e per persona. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture.

4. PANCOLONSCOPIA E ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA OPERATIVE

Nel caso di Pancolonscopia ed Esofagogastroduodenoscopia operativa, Sanimpresa, per il tramite di UniSalute, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico (diverso da intervento chirurgico previsto dal Piano sanitario base del Fondo di appartenenza)” ai punti “Intervento chirurgico” e “Assistenza medica, medicinali, cure”, con una quota a carico dell’iscritto pari ad **€ 90,00**.

La copertura è prestata fino ad un limite massimo di **€ 1.000,00** per persona.

5. **INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO** (diverso da grande intervento chirurgico)

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a Sanimpresa, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 60,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **30** giorni per ogni ricovero.

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

6. **IL LIMITE DI SPESA ANNUO DELL'AREA RICOVERO**

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Sanimpresa prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 50.000,00** per anno associativo e per persona. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

Sanimpresa, per un periodo di **120** giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario (come previsto al paragrafo “Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico (diverso da intervento chirurgico previsto dal Piano sanitario base del Fondo di appartenenza)”, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. Sanimpresa, attraverso UniSalute, concorderà il programma medico/riabilitativo con l’Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

■ Il limite di spesa annuo a disposizione corrisponde a **€ 10.000,00** per persona.

CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche Sanimpresa liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero), con limite di spesa autonomo. Si intendono inclusi in copertura le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (anche farmacologiche).

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Sanimpresa ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Sanimpresa, per il tramite di UniSalute, senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Sanimpresa

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **30%**.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Sanimpresa rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 10.000,00 per persona.

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI PREVISTE SOLO PER GLI ISCRITTI CON PIÙ DI 60 ANNI

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

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

- **Visita psicologica**
al fine di valutare l'eventuale disagio mentale legato allo sviluppo di malattie degenerative neurologiche
- **Somministrazione test MODA**

STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

(COPERTURA PREVISTA PER I SOLI ISCRITTI TITOLARI, ESCLUSI I FAMILIARI)

Sanimpresa garantisce il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate, inerenti l'utilizzo dell'aiuto di una badante, per un valore massimo corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", ed a condizione che tale stato di non autosufficienza sia stato originato da una patologia oppure sia stato causato da un infortunio professionale, con l'esclusione degli infortuni professionali occorsi in itinere.

1. CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate, al momento della data di effetto della copertura assicurativa, **non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:**

- > Avere **attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo** per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
 - Soddisfare la propria igiene personale
 - Nutrirsi
 - Spostarsi
 - Vestirsi

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

2. SOMMA ASSICURATA

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 500,00 da corrispondersi per una durata massima di 10 anni.**

3. DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Come previsto dall'art. "Oggetto della garanzia", **con l'esclusione degli infortuni professionali occorsi in itinere**, viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- > **soddisfare la propria igiene personale** (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo). Se una persona ad esempio, ha bisogno di aiuto unicamente per lavarsi i capelli non verrà riconosciuta nell'incapacità di lavarsi;
- > **nutrirsi** (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire). Se una persona ad esempio non è in grado di tagliare gli alimenti o aprire le confezioni, non verrà riconosciuta nell'incapacità di nutrirsi;
- > **spostarsi** (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio). Se una persona ad esempio può spostarsi da sola con l'aiuto di un bastone, di una stampella, di una carrozzella o di altra attrezzatura adatta, non verrà riconosciuta nell'incapacità di spostarsi da sola;
- > **vestirsi** (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente). Se una persona ad esempio ha il solo handicap di allacciarsi le scarpe o il solo fatto di non potere indossare o togliere le calze non verrà riconosciuta nell'incapacità di vestirsi;

e necessari in modo costante:

- > o dell'**assistenza di un terzo** che compia i servizi di cura a domicilio;
- > o di **sorveglianza medica** e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

4. RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/ PERMANENTE DA PARTE DELLA SANIMPRESA

Entro 60 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- chiamare il numero verde gratuito **800.016631** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia **+0516389048**) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Sanimpresa ai fini della valutazione medica finale;
- produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: **Unisalute S.p.A. – servizi di liquidazione – via Larga 8, 40138 Bologna** – a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:
 - **Modulo di attivazione** della garanzia compilato e firmato.
 - **Modulo di informativa** al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce.
 - **Certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero** che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).
 - **Questionario dello stato di non autosufficienza** compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato.
 - Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare **copia della domanda stessa**, della **documentazione acclusa** e del relativo **esito**.

- Qualora l'Assicurato abbia sostenuto **uno o più ricoveri**, è necessario inviare alla Sanimpresa tutta la documentazione medica in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Sanimpresa ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui l'Assicurato sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata Sanimpresa, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza decorre dal momento in cui Sanimpresa considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato, sempre che lo stesso si trovi in una situazione di non autosufficienza ovvero si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- > **soddisfare la propria igiene personale** (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo). Se una persona ad esempio, ha bisogno di aiuto unicamente per lavarsi i capelli non verrà riconosciuta nell'incapacità di lavarsi;
- > **nutrirsi** (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire). Se una persona ad esempio non è in grado di tagliare gli alimenti o aprire le confezioni, non verrà riconosciuta nell'incapacità di nutrirsi;
- > **spostarsi** (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio). Se una persona ad esempio può spostarsi da sola con l'aiuto di un bastone, di una stampella, di una carrozzella o di altra attrezzatura adatta, non verrà riconosciuta nell'incapacità di spostarsi da sola;

- **vestirsi** (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente). Se una persona ad esempio ha il solo handicap di allacciarsi le scarpe o il solo fatto di non potere indossare o togliere le calze non verrà riconosciuta nell'incapacità di vestirsi.

In risposta, Sanimpresa invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato 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 del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", **se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione.**

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", **se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero.** Anche in questo caso **dovrà essere prodotta idonea documentazione.**

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere **inviata a Sanimpresa.**

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

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

Sanimpresa avrà sempre la possibilità di **fare verificare lo stato di non autosufficienza** dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto 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 dalla Sanimpresa quando:

- > sia trascorso **un periodo di almeno tre mesi** dall'ultima valutazione;
- > siano stati **inviati nuovi documenti sanitari** contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione;
- > il contratto sia **ancora in vigore**.

5. **RICHIESTA E MODALITÀ DI RIMBORSO SPESE**

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di Sanimpresa secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere il rimborso delle spese per un valore corrispondente alla **somma garantita – entro i limiti previsti all'articolo "Somma assicurata" – nelle forme di seguito indicate e dettagliate:**

- > rimborso delle spese sostenute per la badante (su presentazione di fatture, ricevute in originale, busta paga o documentazione fiscalmente valida e idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro). **L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la Sanimpresa considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'Assicurato.**

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo – indirizzato a: Unisalute – Servizio Liquidazione – Via Larga, 8 – 40138 Bologna – dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- > **Modulo di attivazione** della garanzia compilato e firmato.
- > **Modulo di informativa** al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce.
- > **Certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero** che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).
- > **Questionario dello stato di non autosufficienza** compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato.
- > Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare **copia della domanda** stessa, della **documentazione acclusa** e del relativo **esito**.
- > Qualora l'Assicurato abbia sostenuto **uno o più ricoveri**, è necessario inviare alla Sanimpresa tutta la documentazione medica in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione a Sanimpresa della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte di Sanimpresa, deve produrre specifica ed **adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento** delle spese della badante di cui chiede il rimborso.

Per i **sinistri avvenuti all'estero**, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

6. **ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Sanimpresa si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a **controlli** presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre **richiedere l'invio** di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di **rifuto da parte dell'Assicurato** di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta di Sanimpresa.

FISIOTERAPIA DOMICILIARE

A seguito dell'invio del **certificato emesso dall'INPS, con riconoscimento di invalidità pari o superiore al 70%**, verrà riconosciuto un **rimborso delle spese** sostenute per **trattamenti fisioterapici eseguiti a domicilio, purché collegati alla patologia per la quale è stata riconosciuta l'invalidità**. Tali trattamenti devono essere prescritti da un medico di base o da uno specialista la cui specializzazione sia pertinente alla patologia indicata nel certificato INPS. Inoltre, devono essere eseguiti da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, con il titolo comprovato dal documento di spesa.

■ Il massimale annuo assicurato è di **€ 2.000,00**.

TARIFFE AGEVOLATE PER ISCRITTI CON STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

Sanimpresa garantisce un servizio di informazioni sui servizi socio-sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza, e **l'applicazione di tariffe convenzionate per l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali attraverso la propria rete di strutture convenzionate**, sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'iscritto.

■ Il costo di queste prestazioni si intende totalmente a carico dell'iscritto.

La garanzia è operante in Italia.

MONITOR SALUTE

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con Unisalute Servizi S.r.l., società controllata da Unisalute S.p.A., che commercializza servizi sanitari integrativi.

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) **rivolto agli Iscritti con età maggiore o uguale a 40 anni.**

Per attivare il Servizio, **l'Iscritto dovrà compilare l'adesione presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Iscritto può accedere tramite proprie credenziali di accesso.**

L'Iscritto dovrà quindi collegarsi al sito dedicato all'iniziativa, inserire il proprio codice fiscale, e compilare il questionario.

Nel caso in cui l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, Unisalute Servizi S.r.l. provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi.

Unisalute, che interviene in qualità di Centro Servizi ai sensi della normativa sulla Telemedicina, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Iscritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

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

Per risolvere problemi di carattere tecnico e per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Isritto potrà contattare il numero verde dedicato **800.169009**.

La presente garanzia è prestata per l'intera annualità assicurativa sempre che l'Isritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 300,00** per persona

SISERENO

PRESTAZIONI DI PSICOTERAPIA ONLINE

L'iscritto avrà la possibilità di **effettuare da remoto un percorso psicologico online tramite canale video con psicologi e psicoterapeuti** regolarmente iscritti all'Albo.

La prima seduta è compresa in garanzia mentre le successive saranno a carico dell'iscritto a tariffa convenzionata.

Per l'attivazione del percorso, l'iscritto dovrà utilizzare il link presente nella propria area riservata sul sito www.unisalute.it, compilando il questionario avrà la possibilità di scegliere il professionista più adatto alle proprie necessità e prenotare tramite SiSalute i videoconsulti.

Il Servizio SiSerenò è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute S.r.l., società di servizi, controllata da Unisalute S.p.A., che commercializza servizi sanitari integrativi.

SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

IN ITALIA

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per conto di Sanimpresa telefonando al numero verde **800.016631** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

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.

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per conto di Sanimpresa per tutto l'arco delle **24** ore telefonando al numero verde **800.212477**.

Pareri medici immediati

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

Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Isritto, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Isritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Isritto necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 chilometri.

Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Isritto, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Isritto e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Isritto e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasporto dell'Isritto al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore, con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati:

- > aereo sanitario;
- > aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- > treno, in prima classe e, se necessario, in vagone letto;
- > autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa. La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Isritto.

CONTRIBUTI

A carico dell'iscritto, da versare a Sanimpresa, sono i contributi previsti per coniuge/convivente "more uxorio", per i fratelli e sorelle e per ogni figlio tutti risultanti da stato di famiglia o dalla dichiarazione sostitutiva (autocertificazione).

Il contributo annuale per l'iscrizione del nucleo familiare è stabilito nella misura di **€ 288,00** per ogni componente del nucleo familiare

Il contributo per tutti i componenti del nucleo familiare, al raggiungimento dei **65** anni di età, al **31** dicembre, è di **€ 386,00**

Per le coordinate bancarie relative al versamento per i familiari (codice Iban) vedere sul retro di copertina o sul sito www.sanimpresa.it.

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:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici⁽¹⁾ o di malformazioni⁽²⁾ preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la copertura opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- tutte le prestazioni odontoiatriche, nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- ricovero medico, day-hospital medico, l'aborto e l'aborto spontaneo;

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

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

- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
- i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Isritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Isritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici
- tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
- le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni odontoiatriche e ortodontiche il Piano sanitario non è operante per:

- > protesi estetiche
- > trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto “Stati di non autosufficienza consolidata/permanente”, in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, il Piano sanitario non è operante per le conseguenze:

- > di fatti volontari o intenzionali dell'Isritto, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti;
- > di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- > di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Isritto ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- > dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- > di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
- > delle terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- > di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- > delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale;
- > di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
- > dirette od indirette di pandemie.

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

ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

1. INCLUSIONI ESCLUSIONI

In caso di successive inclusioni/esclusioni di singoli Iscritti all'interno del presente Piano sanitario la decorrenza delle rispettive coperture è regolata come di seguito indicato:

1.1. Nuove inclusioni in copertura

Nel caso di nuove inclusioni in copertura, la copertura per l'Iscritto come indicato all'articolo 5 "Le persone per cui è operante la copertura", decorre dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui è stata effettuata la comunicazione a Sanimpresa, sempreché tale comunicazione di inclusione venga effettuata entro il giorno 26 del mese stesso.

Qualora tale comunicazione venga effettuata dopo il giorno 26, la copertura decorrerà dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese successivo.

1.2. Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per gli Iscritti in copertura alla data di effetto del Piano sanitario, l'inclusione di familiari, in un momento successivo alla decorrenza del Piano sanitario, è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante invio a Sanimpresa, dell'apposito file contenente i nominativi

e relativi moduli di iscrizione. La copertura decorrerà dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese in cui è stata effettuata la comunicazione a Sanimpresa, sempre che tale comunicazione di inclusione avvenga entro il giorno 20 del mese con contestuale invio del file contenente i nominativi e sia stato pagato il relativo contributo.

Qualora tale comunicazione venga effettuata dopo il giorno 20, la copertura decorrerà dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese successivo. Tale comunicazione dovrà pervenire entro il 45° giorno dalla data di variazione dello stato di famiglia. La copertura avrà scadenza alle ore 24.00 del 31 dicembre di ogni anno.

1.3. Esclusioni dalla copertura

L'esclusione di Iscritti dalla copertura, avrà effetto dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese a quello di comunicazione a Sanimpresa, se tale comunicazione viene effettuata entro il giorno 26 del mese stesso. Nel caso in cui la comunicazione venga effettuata dopo il giorno 26, l'esclusione avrà effetto dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese successivo.

1.4. Decorrenza e attivazione delle prestazioni

La decorrenza per la copertura delle prestazioni sanitarie è la stessa prevista dal Piano sanitario base del Fondo EST, sempre che lo stesso Fondo EST abbia inviato a Sanimpresa la documentazione e pagato il relativo contributo.

1.5. Pensionati

I titolari di pensione di anzianità e di vecchiaia già iscritti almeno da cinque anni alla Cassa nel periodo precedente il pensionamento, hanno la facoltà di proseguire direttamente l'iscrizione a SANIMPRESA (da effettuarsi al momento del pensionamento) fino al compimento dei **100** anni.

Possono anche proseguire l'iscrizione del coniuge o convivente more uxorio e degli eventuali figli, facenti parte del nucleo familiare, se già iscritti alla Cassa da almeno cinque anni.

Quando un componente del nucleo familiare raggiunge il **90°** anno di età, il Piano sanitario, limitatamente a questo Iscritto, cesserà alla prima scadenza annua.

Qualora il pensionato decida volontariamente di escludersi dalla copertura sanitaria di Sanimpresa, o decida di escludere il proprio nucleo familiare, anche per un solo anno, in entrambi i casi, gli stessi non potranno più essere reinseriti.

Il contributo annuale, da versare entro il **15 novembre** di ogni anno per ogni pensionato, è fissato nella misura di € 350,00.

L'importo per i familiari (coniuge o convivente more uxorio e figli) è quello previsto al capitolo "Contributi".

Per le coordinate bancarie relative al versamento per i familiari (codice Iban) vedere sul retro di copertina o sul sito www.sanimpresa.it.

2. VALIDITÀ TERRITORIALE

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

Potrai così usufruire di un servizio garantito e scelto per te da UniSalute che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità in un Paese straniero.

Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

3. LIMITI DI ETÀ

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **90°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del **91°** anno di età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare. Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il **90°** anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

4. GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA

4.1. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per Sanimpresa

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

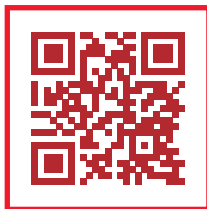
4.2. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute per Sanimpresa

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

5. QUALI RIEPILOGHI VENGONO INVIATI NEL CORSO DELL'ANNO?

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

- > **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'Iscritto.



www.sanimpresa.it



PER INFORMAZIONI

Sanimpresa

Via Enrico Tazzoli, 6 - int. 17
(Piazza Mazzini) 00195 Roma
Tel. (+39) 06. 37 51 17 14
Fax (+39) 06. 37 50 06 17
www.sanimpresa.it
info@sanimpresa.it



ISCRIZIONI ON LINE

www.sanimpresa.it

COORDINATE BANCARIE

Versamento aziende, lavoratori autonomi e titolari

Bper Banca S.P.A.
CODICE IBAN SANIMPRESA
IT84Z0538703207000035040659
Bic/Swift: BPMOIT22XXX
Beneficiario: Sanimpresa

Versamento familiari e pensionati

Banca Credito Cooperativo di Roma
CODICE IBAN SANIMPRESA
IT86B0832703398000000012272
Bic: ROMAITRR
Beneficiario: Sanimpresa

Centrale Operativa

per prenotazione prestazioni
dal lunedì al venerdì 8:30-19:30

NUMERO VERDE
800 01 66 31

Guardia Medica

FERIALI dalle 20:00 alle 8:00
FESTIVI 24 ore su 24

NUMERO VERDE
800 21 24 77