



2025

OPUSCOLO INFORMATIVO
BILATERALITÀ **INDUSTRIA ALIMENTARE**

FONDO FASA

 Via G. B. Morgagni, 33 – 00161 Roma
 +39 06 47885379
 800 009619
 info@fondofasa.it
 www.fondofasa.it

CASSA RISCHIO VITA

 Via G. B. Morgagni, 33 – 00161 Roma
 +39 06 47824858
 info@cassavita.it
 www.cassavita.it

ENTE BILATERALE DI SETTORE – E.B.S.

 Via G. B. Morgagni, 33 – 00161 Roma
 +39 06 98968158 – Amministrazione – Formazione
 +39 06 98374811 – Sostegno Maternità e Paternità –
Sostegno alle Vittime di Violenza di genere
 amministrazione@ebsalimentare.it
 formazione@ebsalimentare.it
 maternita@ebsalimentare.it
 www.ebsalimentare.it

ALIFOND

 Viale Pasteur, 66 – 00144 Roma
 +39 06 54220135
 alifond@alifond.it
 www.alifond.it

INDICE

FASA DIPENDENTI	9
1. PRESTAZIONI	11
2. ISCRITTI	12
PRESTAZIONI DI RICOVERO	12
3. RICOVERO	12
3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA	12
3.2 DAY-HOSPITAL	13
3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA, OCULISTICA, ENDOSCOPIE OPERATIVE E BIOPSIE	14
3.4 TRAPIANTI	15
3.5 PARTO E ABORTO	15
3.5.1 PARTO CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO	15
3.5.2 PARTO NATURALE	15
3.5.3 RIMBORSO DI UNA VISITA ANESTESIOLOGICA PER PARTO E ABORTO	16
3.6 NEONATI	16
3.7 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO	16
3.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	17
3.9 INDENNITÀ GIORNALIERA	19
3.10 DIAGNOSI COMPARATIVA NEL PERIODO DI PRE-RICOVERO	20
3.11 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE	22
3.12 MASSIMALE ASSICURATO	22

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA RICOVERO	23
4. ALTA SPECIALIZZAZIONE	23
5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	25
6. VIDEO CONSULTO PER VISITE SPECIALISTICHE	28
7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI	30
7.1 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI SOLO A SEGUITO DI INFORTUNIO SUL LAVORO	30
7.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO EXTRA-LAVORATIVO E PER ALCUNE MALATTIE	31
8. PACCHETTO MATERNITÀ	32
9. PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI	33
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	34
10. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI	34
11. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	35
12. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	35
13. IMPLANTOLOGIA	37
13.1 APPLICAZIONE DI TRE O PIÙ IMPIANTI	37
13.2 APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI	38
13.3 APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO	39
PREVENZIONE	41
14. ESAMI DI LABORATORIO	41
15. PREVENZIONE ONCOLOGICA	42
16. PREVENZIONE SPECIALISTICA SPECIFICA	43
16.1 PREVENZIONE PNEUMOLOGICA	43
16.2 PREVENZIONE ANGIOLOGICA	43
16.3 PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE	44
16.4 PREVENZIONE DERMATOLOGICA	44
16.5 PREVENZIONE GASTROENTEROLOGICA	44
SERVIZI AGGIUNTIVI	50
17. SERVIZIO MONITOR SALUTE	50
17.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE	51
18. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	51

19. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA E PERMANENTE	52
19.1 OGGETTO DELLA GARANZIA	52
19.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	52
19.3 MASSIMALE MENSILE	53
19.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	53
19.5 PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) E PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE / RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA	54
20. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA	58
20.1 OGGETTO DELLA GARANZIA	58
20.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	58
20.3 SOMMA ASSICURATA	59
20.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA	59
21. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA	60
22. DURATA	64
23. ESTENSIONE TERRITORIALE	64
24. ESCLUSIONI	65
25. LIMITI DI ETÀ	67
 FASA FAMILIARI	 69
1. PRESTAZIONI	70
2. ISCRITTI	70
3. RICOVERO	71
3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA	71
3.2 DAY-HOSPITAL	72
3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA E OCULISTICA	73
3.4 TRAPIANTI	73
3.5 PARTO E ABORTO	74
3.5.1 PARTO CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO	74
3.5.2 PARTO NATURALE	74
3.5.3 RIMBORSO DI UNA VISITA ANESTESIOLOGICA PER PARTO E ABORTO	74

3.6 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO	75
3.7 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	75
3.8 INDENNITÀ GIORNALIERA	76
3.9 DIAGNOSI COMPARATIVA NEL PERIODO DI PRE-RICOVERO	77
3.10 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE	79
3.11 MASSIMALE	80
4. ALTA SPECIALIZZAZIONE	80
5. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI PSICHiatriche e Psicoterapeutiche per figli in caso di disagio in età scolare	82
5.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	82
5.2 PRESTAZIONI PSICHiatriche e Psicoterapeutiche per figli in caso di disagio in età scolare (DAI 6 ANNI COMPIUTI FINO AI 16 ANNI)	84
6. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (GARANZIA OPERANTE PER IL CONIUGE/CONVIVENTE MORE UXORIO E PER I FIGLI DI ETÀ UGUALE O SUPERIORE AI 6 ANNI)	85
7. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (GARANZIA OPERANTE PER I FIGLI DI ETÀ INFERIORE AI 6 ANNI)	85
8. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	86
9. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA	86
A. DURATA	91
B. ESTENSIONE TERRITORIALE	91
C. ESCLUSIONI	92
D. LIMITI DI ETÀ	93
E.B.S. SOSTEGNO ALLA MATERNITÀ E PATERNITÀ SOSTEGNO PER LA FORMAZIONE CONTINUA SOSTEGNO ALLE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	95
SOSTEGNO ALLA MATERNITÀ E PATERNITÀ	96
1. I DESTINATARI	96
2. PRESTAZIONI OFFERTE DALL' ENTE BILATERALE DI SETTORE	96
3. CRITERI DI ACCETTABILITÀ	97
4. ASSOGGETTAMENTO FISCALE DEL CONTRIBUTO	98
5. RICHIESTA CONTRIBUTO ASSISTENZIALE	99
SOSTEGNO PER LA FORMAZIONE CONTINUA	102

1. SOSTEGNO ALLE AZIENDE, ALLE LAVORATRICI E AI LAVORATORI	102
SOSTEGNO ALLE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	103
1. SOSTEGNO ALLE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE	103
 CASSA RISCHIO VITA	 107
1. PERSONE ASSICURATE	108
2. PRESTAZIONI	108
3. CAPITALI ASSICURATI	108
4. TEMPI PER LA RICHIESTA	109
5. ESCLUSIONI	109
6. BENEFICIARIO	109
 ALIFOND	 111
1. COS'È ALIFOND	112
2. PERCHÉ SCEGLIERE ALIFOND	112
3. CHI PUÒ ADERIRE AL FONDO	114
4. COME SI ADERISCE AD ALIFOND	114
5. COME FUNZIONA ALIFOND	115
5.1 FISCALITÀ AGEVOLATA	117
6. LE POSSIBILITÀ D'INVESTIMENTO	118
6.1 IL COMPARTO GARANTITO (ALMENO 80% OBBLIGAZIONI)	119
6.2 IL COMPARTO BILANCIATO (65% OBBLIGAZIONI - 35% AZIONI)	119
6.3 IL COMPARTO DINAMICO (40% OBBLIGAZIONI - 60% AZIONI)	120
7. PRESTAZIONI OFFERTE DA ALIFOND PRIMA DEL PENSIONAMENTO	120
7.1 ANTICIPAZIONE	121
7.2 RISCATTO	122
7.3 R.I.T.A (RENDITA INTEGRATIVA TEMPORANEA ANTICIPATA)	122
7.4 TRASFERIMENTO AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE	123
8. QUALI PRESTAZIONI OFFRE ALIFOND AL PENSIONAMENTO	123
8.1 LE RENDITE DI ALIFOND	124
9. OPPORTUNITÀ PER GLI ASSOCIATI	127
9.1 PROSPETTO INFORMATIVO ANNUALE	127
9.2 SIMULATORE PREVIDENZIALE	127



NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI

DIPENDENTI

Edizione 2025



1. PRESTAZIONI

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Iscritto per:

ricovero in istituto di cura;

day-hospital;

intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia, oculistica, endoscopie operative e biopsie;

trapianti;

parto e aborto;

neonati;

anticipo dell'indennizzo;

indennità giornaliera;

diagnosi comparativa nel periodo di pre ricovero;

ospedalizzazione domiciliare;

alta specializzazione;

visite specialistiche e accertamenti diagnostici;

video consulto per visite specialistiche;

trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio sul lavoro;

trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio extra lavorativo e per alcune malattie;

pacchetto maternità;

protesi/ausili medici ortopedici ed acustici;

prestazioni odontoiatriche particolari;

cure dentarie da infortunio;

interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;

implantologia;

esami di laboratorio;
prevenzione oncologica;
prevenzione specialistica specifica;
monitor salute;
prestazioni a tariffe agevolate;
stati di non autosufficienza consolidata/permanente;
stati di non autosufficienza temporanea;
servizi di consulenza e assistenza



2. ISCRITTI

Il Piano Sanitario è prestato a favore dei lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato o con contratto a termine di durata predeterminata pari o superiore a 9 mesi per i quali si applica il C.C.N.L. dell'Industria Alimentare, regolarmente iscritti al Fondo FASA.

PRESTAZIONI DI RICOVERO

3. RICOVERO



3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

A. Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsouale.

B. Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesi-

sta e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

C. Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

D. Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

E. Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. La garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno per ogni giorno di ricovero.

F. Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 200 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.



3.2 DAY-HOSPITAL

La garanzia è operante in caso di day-hospital con intervento chirurgico.

La garanzia è altresì operante in regime di day-hospital medico per cure e terapie di patologia oncologica, per dialisi o per biopsia.

Sono esclusi invece dalla presente garanzia tutti i day-hospit-

tal medici diversi da quelli sopra indicati. Nel caso di day-hospital come sopra definito, il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" con i relativi limiti in esso indicati. Per quanto concerne le cure oncologiche e le dialisi, la garanzia si intende altresì operante nel caso in cui le terapie siano state effettuate in regime ambulatoriale.

Ai fini liquidativi è necessario che la documentazione riporti espressamente l'effettuazione di una "terapia" sia essa oncologica o per dialisi.



3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA, OCULISTICA, ENDOSCOPIE OPERATIVE E BIOPSIE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia, oculistica, endoscopie operative e biopsie il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" con i relativi limiti in essi indicati.

NB:

- In caso di interventi ambulatoriali per prestazioni di dermatologia la garanzia opererà in presenza di situazioni patologiche refertate dallo specialista che esegue la prestazione (es. esame istologico per i nei, etc.)
- In caso di intervento per la correzione della miopia, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, la garanzia opererà soltanto in presenza di un difetto della capacità visiva risultante dallo specchietto dell'oculista riportante l'indicazione delle diottrie.
- Nel caso di endoscopie operative (es. colonscopie, gastroscopie, isteroscopie, mapping prostatico, etc.), il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni fino al limite massimo annuo di € 2.000,00 per persona.

- In caso di interventi chirurgici ambulatoriali diversi da quelli di dermatologia e oculistica si intende rientrante in copertura solo il costo della biopsia eventualmente effettuata.



3.4 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Piano Sanitario liquida le spese previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" con i relativi limiti in esso indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.



3.5 PARTO E ABORTO

3.5.1 PARTO CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

In caso di parto cesareo, aborto terapeutico e spontaneo, il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", f) "Post-ricovero". La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per persona (da intendersi come sottolimite del massimale di cui al punto 3.12 "Massimale assicurato").

3.5.2 PARTO NATURALE

In caso di parto naturale, il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono ga-

rantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura”, lettera f) “Post-ricovero”. La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e per persona (da intendersi come sottolimite del massimale di cui al punto 3.12 “Massimale assicurato”).

3.5.3 RIMBORSO DI UNA VISITA ANESTESIOLOGICA PER PARTO E ABORTO

Per i casi previsti ai precedenti punti 3.5.1 “Parto cesareo, aborto terapeutico e spontaneo e 3.5.2 “Parto naturale” è previsto in copertura il rimborso di una visita anestesiologica preparatoria. Il costo della prestazione è ricompreso all’interno dei massimali indicati.



3.6 NEONATI

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell’accompagnatore nell’istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero.

La copertura decorrerà dal primo giorno di vita del neonato.



3.7 ANTICIPO DELL’INDENNIZZO

Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico in strutture sanitarie private, fermi restando i limiti previsti, è data facoltà all’Iscritto di richiedere un anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al 70% delle stesse, previa contestuale presentazione al Fondo di certificazione attestante la necessità dell’intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa e della documentazione relativa al ricovero, si procederà al relativo conguaglio.



3.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

- A.** Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture sanitarie convenzionate, con l'applicazione di uno scoperto del 25%, ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.11 "Ospedalizzazione domiciliare"
che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto indicato.
- punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":
 - lett. a) "Pre ricovero"
che viene rimborsato integralmente.
 - punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":
 - lett.f) "Post ricovero";
che viene liquidato integralmente.

- B.** Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate dal Piano Sanitario con uno scoperto del 35% ad eccezione dei seguenti:

- punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":
 - lett. e) "Accompagnatore"
che viene rimborsata all'iscritto nel limite previsto al punto indicato;
- punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":
 - lett. a) "Pre ricovero"
 - lett. f) "Post ricovero"
che vengono rimborsati integralmente.



C. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.9 "Indennità giornaliera". Tale garanzia sarà altresì attivata in caso di day-hospital con i relativi limiti in essa indicati.

Qualora l'Iscritto sostenga, durante il ricovero, delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Iscritto nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'"indennità giornaliera".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Iscritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lett. b) Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute.



3.9 INDENNITÀ GIORNALIERA

La presente garanzia viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata. L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per le prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a un'indennità per ogni giorno di degenza di:

A. € 50,00 per ogni notte di degenza

- Per i ricoveri chirurgici, è corrisposta con l'applicazione di due notti di franchigia e per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.
- Per i ricoveri medici: con l'applicazione di due notti di franchigia per un periodo non superiore a 90 giorni per evento, ad esclusione dei ricoveri medici per patologie oncologiche per i quali l'indennità verrà erogata dal primo giorno di ricovero.

B. € 50,00 per ogni giorno di degenza.

- Per i day-hospital chirurgici e per i day-hospital medici

per cure e terapie di patologia oncologica, per dialisi o per biopsia: corrisposta a partire dal primo giorno per un massimo di 50 giorni per evento. Sono esclusi tutti i day-hospital medici diversi da quelli per cure e terapie di patologia oncologica, per dialisi o per biopsia. L'Iscritto potrà fruire dell'indennizzo descritto solo in alternativa a quanto previsto al punto 4 "Alta Specializzazione".

- C. L'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) si intende equiparata a tutti gli effetti al Ricovero e viene pertanto indennizzata ai sensi di quanto previsto dal precedente punto a).
- D. € 70,00 per ogni notte di degenza
 - Per i ricoveri per parto naturale, cesareo, aborto terapeutico e spontaneo, con l'applicazione di una notte di franchigia per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.



3.10 DIAGNOSI COMPARATIVA NEL PERIODO DI PRE-RICOVERO

UniSalute mette a disposizione degli Iscritti la facoltà di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute 800-009619 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, l'Iscritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

UniSalute mette a disposizione dell'Iscritto i seguenti servizi:

1. Consulenza Internazionale. UniSalute rilascerà all'Iscritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. Trova Il Medico. UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Iscritto con un massimo di tre specialisti

scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Iscritto.

3. Trova la Miglior Cura. Qualora l'Iscritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Iscritto laddove necessario. Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Iscritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

AIDS

Morbo di Alzheimer

Perdita della vista

Cancro

Coma

Malattie cardiovascolari

Perdita dell'udito

Insufficienza renale

Perdita della parola

Trapianto di organo

Patologia neuro motoria

Sclerosi Multipla

Paralisi

Morbo di Parkinson

Infarto

Ictus

Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, l'Iscritto dovrà contattare UniSalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare ad UniSalute la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico della Compagnia, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata da UniSalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.



3.11 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

UniSalute, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile a termini di polizza, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. 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, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 per persona.



3.12 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo previsto per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 300.000,00 per persona.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA RICOVERO



4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere. Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici "anche in digitale")

Angiografia

ArtoGRAFIA

Biopsia

Broncografia

Chemioterapia

Cisternografia

Cistografia

Cistouretrografia

Clisma opaco

Cobaltoterapia/Radioterapia

Colangiografia intravenosa

Colangiografia percutanea

Colangiografia trans Kehr

Colecistografia

Dacriocistografia

Defecografia

Dialisi

Elettroencefalografia

Endoscopia diagnostica

Fistolografia

Flebografia

- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenui e colon con mezzo di contrasto
- Scialografìa
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Urografìa
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- TAC
- Wirsungrafìa

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono

rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 40,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Iscritto con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 25.000,00 per persona.



5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite e degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

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

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 30,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Condizioni per l'applicazione di un'unica franchigia per prestazioni effettuate presso le strutture sanitarie private convenzionate con UniSalute:

- Nel caso in cui durante lo svolgimento di una visita specialistica venga effettuato contestualmente anche un accertamento diagnostico correlato;



OPPURE

- Qualora si renda necessario effettuare una visita specialistica propedeutica ad un accertamento diagnostico invasivo;
verrà applicata un'unica franchigia pari a € 30,00 sulle due prestazioni, purché le 2 prestazioni sanitarie siano state contestualmente richieste alla centrale operativa.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con:

- l'applicazione di una franchigia di € 40,00 per ogni visita specialistica;
- l'applicazione di una franchigia di € 60,00 per ogni accertamento diagnostico.

La presente modalità di indennizzo opera anche qualora la visita specialistica sia effettuata a distanza.

Condizioni per l'applicazione di un'unica franchigia per prestazioni effettuate presso le strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute:

- Nel caso in cui durante lo svolgimento di una visita specialistica venga effettuato contestualmente anche un accertamento diagnostico correlato;

OPPURE

- Qualora si renda necessario effettuare una visita specialistica propedeutica ad un accertamento diagnostico invasivo,
verrà applicata un'unica franchigia pari a € 40,00 sulle due prestazioni, purché il rimborso delle 2 prestazioni sia richiesto dall'Iscritto con un solo invio e che le 2 prestazioni sanitarie siano state contestualmente richieste dal medico curante.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Iscritto con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per

ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Condizioni per l'applicazione di un'unica franchigia per prestazioni effettuate esclusivamente presso il Servizio Sanitario Nazionale:

- Nel caso in cui durante lo svolgimento di una visita specialistica venga effettuato contestualmente anche un accertamento diagnostico correlato;

OPPURE

- Qualora si renda necessario effettuare una visita specialistica propedeutica ad un accertamento diagnostico invasivo,

verrà applicata un'unica franchigia pari a € 20,00 sui ticket emessi a fronte delle due prestazioni, purché il rimborso delle 2 prestazioni sia richiesto dall'Iscritto con un solo invio e che le 2 prestazioni sanitarie siano state contestualmente richieste dal medico curante.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 7.000,00 per persona.



6. VIDEO CONSULTO PER VISITE SPECIALISTICHE

UniSalute garantisce la possibilità di ottenere un video consulto per le prestazioni incluse nell'elenco sotto riportato, al fine di poter dialogare a distanza con uno specialista convenzionato.

Viene garantito un confronto diretto con lo specialista in tutti i casi in cui non sia necessario un contatto fisico, ad esempio per condividere i risultati di esami o referti, avere risposte a dubbi e domande sulle terapie, dialogare con il medico per eventuali approfondimenti.

Per poter usufruire della garanzia, l'Iscritto dovrà contattare la Centrale Operativa UniSalute, contattando il numero verde 800-009619, per richiedere la prenotazione del video consulto con professionisti specializzati.

Al fine dell'attivazione è necessario fornire un indirizzo email al

quale verrà inviato il link a cui è possibile collegarsi per il video consulto, utilizzando il proprio computer o un dispositivo mobile, smartphone o tablet (è importante avere a disposizione le ultime versioni di Google Chrome o Mozilla Firefox).

Durante il video consulto è consigliabile tenere a portata di mano i seguenti documenti da condividere con il medico:

- un documento di riconoscimento (carta d'identità, passaporto);
- i referti in formato elettronico di esami precedenti riferibili alla medesima prestazione;
- la prescrizione del medico curante relativa alla prestazione richiesta

Il Servizio è prestato esclusivamente nei centri convenzionati con UniSalute.

Il Servizio di video consulto è prestato per un massimo di 3 prestazioni all'anno per persona.

ELENCO DEI SERVIZI DI "VIDEO CONSULTO"

ALLERGOLOGICO

ANGIOLOGICO

CARDIOLOGICO

CHIRURGICO

DERMATOLOGICO ANCHE PEDIATRICO

EMATOLOGICO

ENDOCRINOLOGICO

FISIATRICO

GASTROENTEROLOGICO

GINECOLOGICO ANCHE PEDIATRICO

NEFROLOGICO

NEUROCHIRURGICO

NEUROLOGICO

NEUROPSICHIATRA INFANTILE

OCULISTICO

ORTOPEDICO ANCHE PEDIATRICO

OTORINOLARINGOLOGICO ANCHE PEDIATRICO

PEDIATRICO

PNEUMOLOGICO

REUMATOLOGICO

SENOLOGICO

UROLOGICO



7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni sottoindicate corrisponde a € 1.000,00 per persona con un sotto massimale pari a € 500,00 per le prestazioni di cui al punto 7.2 “TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO EXTRA-LAVORATIVO E PER ALCUNE MALATTIE”.

7.1 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI SOLO A SEGUITO DI INFORTUNIO SUL LAVORO

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio sul lavoro, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza sia del certificato di Pronto Soccorso sia della denuncia dell'infortunio che il Datore di lavoro ha presentato all'INAIL, sempreché siano prescritti dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inherente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o personale

non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per ticket.



7.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO EXTRA-LAVORATIVO E PER ALCUNE MALATTIE

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Patologie o interventi chirurgici:

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

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

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 10% per fattura.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per ticket.



8. PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia:

- n° 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n° 6 per gravidanza a rischio);
- ecografie;
- ecocardiografia fetale;
- analisi clinico chimiche;
- amniocentesi o villocentesi: per le donne di età ≥ 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età < 35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di 1º grado e nel caso di patologie sospette.

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

Nel caso in cui l'Iscritta si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, il Piano Sanitario rimborsa integralmente le spese sostenute.

Nel caso in cui l'Iscritta si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo

carico nel limite del massimale assicurato.

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



9. PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI

Piano Sanitario rimborsa le spese per l'acquisto di protesi o il noleggio di protesi ortopediche e acustiche. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali:

Carrozzelle

Stampelle

Tripodi

Plantari

Corsetteria

Apparecchi acustici

Deambulatori

Quadripodi

Appoggio (bastone) antibrachiale

Tutori

Busti

Collari

Sollevapersone

Letti Ortopedici Speciali (prescrivibili da medico curante con indicazione specifica della necessità di tale ausilio, comportante la degenza senza soluzione di continuità)

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura/ persona.

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

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE



10. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto al punto 24 "Esclusioni", Il Piano Sanitario provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno e con l'applicazione di uno scoperto del 30% presso strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni sotto indicate devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Visita specialistica odontoiatrica;
- 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.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Iscritto, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, Unisalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati. Restano invece a carico dell'Iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate all'interno della provincia di residenza dell'Iscritto, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 35,00.



11. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto al punto 24 "Esclusioni" alla lett. t), il Piano Sanitario liquida all'Iscritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

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

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati con UniSalute, il Piano Sanitario rimborsa integralmente le spese sostenute.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico nel limite del massimale assicurato.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.000,00 per persona.



12. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto al punto 24 "Esclusioni", il Piano Sanitario liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici odontoiatrici, comprese le prestazioni di implantologia dentale, conseguenti alle seguenti patologie:

- adamantinoma
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canale

- cisti follicolari
- cisti radicolari
- odontoma
- rimozione di impianto dislocato all'interno del seno mascellare

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

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati con UniSalute, il Piano Sanitario rimborsa integralmente le spese sostenute.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

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

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione consiste in:

- radiografie e referti radiologici per rimozione d'impianto dislocato nel seno mascellare e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canale, rilasciati e firmati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnistica;
- radiografie e referti radiologici rilasciati e firmati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnistica e referti istologici rilasciati e firmati da Medico Chirurgo specialista in Anatomia Patologica, per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantina, odontoma.

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di € 5.000,00 per persona.



13. IMPLANTOLOGIA

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni per impianti osteointegrati e per le relative corone fisse. La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i con le modalità specificate nei successivi punti 13.1, 13.2 e 13.3.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale annuo previsto, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati con UniSalute oppure nel caso l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario rimborsa integralmente le spese sostenute.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute per gli impianti, l'Iscritto dovrà inoltrare anche le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni di implantologia dentale corrisponde a € 990,00 per persona.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati con UniSalute oppure nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la garanzia si intende operante nel limite di un sottomassimale annuo di € 585,00 per persona.

13.1 APPLICAZIONE DI TRE O PIÙ IMPIANTI

La presente garanzia opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avul-

sione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 3 o più impianti.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, nei limiti indicati al punto 13 "Implantologia". Nel caso in cui il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale annuo previsto, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata. Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto 13.2 "Applicazione di due impianti" oppure la garanzia di cui al punto 13.3 "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di tre o più impianti, le spese verranno liquidate nell'ambito del massimale di € 990,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati con UniSalute oppure nel caso l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano sanitario rimborsa integralmente le spese sostenute nel limite di un sottomassimale annuo di € 585,00 per persona.

13.2 APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

La presente garanzia opera nel caso di applicazione di 2 impianti previsti dal medesimo piano di cura, nel limite di un sottomassimale annuo di € 630,00 per persona. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 2 impianti.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, nei limiti sopra indicati. Nel caso in cui il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale annuo previsto, l'importo ec-

cedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto 13.3 "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottomassimale di € 630,00 previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati con UniSalute oppure nel caso Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano sanitario rimborsa integralmente le spese sostenute nel limite di un sottomassimale annuo di € 360,00 per persona.

13.3 APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

La presente garanzia opera nel caso di applicazione di 1 impianto previsto dal piano di cura, nel limite di un sottomassimale annuo di € 360,00 per persona.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi all'impianto.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, nei limiti sopra indicati.

Nel caso in cui il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale annuo previsto, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati con UniSalute oppure nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario rimborsa integralmente le spese sostenute nel limite di un sottomassimale annuo di € 180,00 per persona.



PREVENZIONE



14. ESAMI DI LABORATORIO

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sottolineate effettuate una volta ogni due anni in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, con l'applicazione di una franchigia di € 30,00. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Alanina aminotransferasi ALT

Aspartato Aminotransferasi AST

Colesterolo HDL

Colesterolo totale

Creatinina

Esame emocromocitometrico e morfologico completo

Gamma GT

Glicemia

Trigliceridi

Tempo di tromboplastina parziale (PTT)

Tempo di protrombina (PT)

Urea

VES

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: ricerca del sangue occulto

Accertamenti di prevenzione per le donne:

Calcitonina.

Accertamenti di prevenzione per gli uomini:

PSA (Specifico antigene prostatico).

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate all'interno della provincia di residenza dell'Iscritto, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 40,00.



15. PREVENZIONE ONCOLOGICA

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sottolineate effettuate una volta ogni due anni in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, con l'applicazione di una franchigia di € 30,00. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prevenzione oncologica DONNA con età > o = 40 anni:

Accertamenti previsti:

- Esame emocromocitometrico, Ves, Ca 125, esame urine;
- Visita ginecologica + pap-test;
- Ecografia dell'apparato genitale femminile per via transvaginale;
- Visita senologica;
- Eco-mammaria

o in alternativa

- Esame mammografico bilaterale (*erogabile solo con prescrizione medica*)

Prevenzione oncologica UOMO con età > o = 45 anni:

Accertamenti previsti:

- Esame emocromocitometrico, Ves, esame urine e Dosaggio Psa;
- Visita specialistica urologica ed Ecografia prostatico vescicale transrettale.

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate all'interno della provincia di residenza dell'Iscritto, lo stesso po-

trà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 170,00.



16. PREVENZIONE SPECIALISTICA SPECIFICA

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate una volta ogni due anni in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, con l'applicazione di una franchigia di € 30,00 per singolo pacchetto.

L'Iscritto può scegliere di effettuare UNO DEI CINQUE pacchetti di prestazioni di prevenzione sottoelencati alternativi tra loro.

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, fermo che esse sono facoltative e non obbligano l'Iscritto né alcuna conseguenza potrà derivare dalla loro mancata esecuzione, anche parziale.

16.1 PREVENZIONE PNEUMOLOGICA

Accertamenti previsti sia per gli uomini che per le donne con età > o = 35anni:

- Visita specialistica pneumologica;
- Spirometria di base (CV o CVF, VEMS, MVV).

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate all'interno della provincia di residenza dell'Iscritto, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 70,00.

16.2 PREVENZIONE ANGIOLOGICA

Accertamenti previsti sia per gli uomini che per le donne con età > o = 50 anni:

- Visita specialistica angiologica;
- Ecodoppler arti inferiori venoso e arterioso.

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate all'interno della provincia di residenza dell'Iscritto, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 130,00.

16.3 PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Accertamenti previsti sia per gli uomini che per le donne con età > o = 40 anni:

- Visita specialistica cardiologica;
- Ecg basale o Ecg da sforzo.

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate all'interno della provincia di residenza dell'Iscritto, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 70,00.

16.4 PREVENZIONE DERMATOLOGICA

Accertamenti previsti sia per gli uomini che per le donne:

- Visita specialistica dermatologica;
- Mappatura dei nei in epiluminescenza.

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate all'interno della provincia di residenza dell'Iscritto, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 110,00.

16.5 PREVENZIONE GASTROENTEROLOGICA

Accertamenti previsti sia per gli uomini che per le donne con età > o = a 50 anni:

- Visita specialistica gastroenterologica;
- Ecografia addome superiore.

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate all'interno della provincia di residenza dell'Iscritto, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 45,00.

I pacchetti prevenzione sono erogati previa autorizzazione di UniSalute nelle strutture convenzionate.
Ogni pacchetto ha un costo di 30 euro.

PACCHETTO	A CHI È RIVOLTO
Prevenzione Esami di laboratorio	Per tutti gli Iscritti senza limiti di età
Prevenzione Oncologica	Per le donne con età > o = 40 anni Per gli uomini con età > o = 45 anni

PRESTAZIONI PREVISTE		FREQUENZA /COSTO
- Alanina aminotransferasi ALT - Aspartato Aminotransferasi AST - colesterolo HDL - colesterolo totale - creatinina - esame emocromocitometrico e morfologico completo - gamma GT - glicemia - trigliceridi - tempo di tromboplastina parziale (PTT) - tempo di protrombina (PT) - urea - VES - Urine: esame chimico, fisico e microscopico - Feci: ricerca del sangue occulto		1 volta ogni 2 anni, pagando € 30. In caso di provincia scoperta rimborso senza franchigia o scoperto fino a € 40
In aggiunta per le Donne - Calcitonina		
In aggiunta per gli Uomini - P S A (Specifico antigene prostatico)		
- Esame emocromocitometrico, Ves, Ca 125, esame urine; - Visita ginecologica e pap-test - Ecografia transvaginale; - Visita senologica; - Eco-mammaria o in alternativa Esame mammografico bilaterale		1 volta ogni 2 anni, pagando € 30. In caso di provincia scoperta rimborso senza franchigia o scoperto fino a € 170
- Esame emocromocitometrico, Ves, esame urine e Dosaggio PSA; - Visita specialistica urologica; - Ecografia prostatico vescicale trans rettale		

I pacchetti prevenzione sono erogati previa autorizzazione di UniSalute nelle strutture convenzionate.
Ogni pacchetto ha un costo di 30 euro.

PREVENZIONE SPECIALISTICA SPECIFICA

PACCHETTO	A CHI È RIVOLTO
Prevenzione Pneumologica*	Prevenzione Per gli Iscritti con età > o = 35 anni
Prevenzione Angiologica*	Per gli Iscritti con età > o = 50 anni
Prevenzione Cardiovascolare*	Per gli Iscritti con età > o = 40 anni
Prevenzione Dermatologica*	Per tutti gli Iscritti senza limiti di età
Prevenzione Gastroenterologica*	Per gli Iscritti con età > o = 50 anni

PRESTAZIONI PREVISTE		FREQUENZA /COSTO
<ul style="list-style-type: none"> - Visita specialistica pneumologica; - Spirometria di base (CV O CVF, VEMS, MVV). 		<p>1 volta ogni 2 anni scegliendo uno dei cinque pacchetti* alternativi tra loro, pagando €30.</p> <p>In caso di provincia scoperta rimborso senza franchigia o scoperto fino a € 70</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Visita specialistica angiologica; - Ecodoppler arti inferiori venoso e arterioso. 		<p>1 volta ogni 2 anni scegliendo uno dei cinque pacchetti* alternativi tra loro, pagando €30.</p> <p>In caso di provincia scoperta rimborso senza franchigia o scoperto fino a € 130</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Visita specialistica cardiologica; - Ecg basale o Ecg da sforzo. 		<p>1 volta ogni 2 anni scegliendo uno dei cinque pacchetti* alternativi tra loro, pagando €30.</p> <p>In caso di provincia scoperta rimborso senza franchigia o scoperto fino a € 70</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Visita specialistica dermatologica; - Mappatura dei nei in epiluminescenza. 		<p>1 volta ogni 2 anni scegliendo uno dei cinque pacchetti* alternativi tra loro, pagando €30.</p> <p>In caso di provincia scoperta rimborso senza franchigia o scoperto fino a € 110</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Visita specialistica gastroenterologica; - Ecografia addome superiore. 		<p>1 volta ogni 2 anni scegliendo uno dei cinque pacchetti* alternativi tra loro, pagando €30.</p> <p>In caso di provincia scoperta rimborso senza franchigia o scoperto fino a € 45</p>

SERVIZI AGGIUNTIVI



17. SERVIZIO 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 45 anni.

Per attivare il Servizio, l'Iscritto, dovrà accedere alla sezione Monitor salute presente sul sito del Fondo. 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 nel punto 17.1 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche". Per risolvere problemi di carattere tecnico e per richiedere informazioni sul servizio, l'Iscritto potrà contattare il numero verde dedicato 800169009. La presente garanzia è prestata per l'intera annualità assicurativa sempre che l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

17.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE

Per gli Iscritti che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati al punto 17 "Servizio Monitor Salute", il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Iscritti, con le modalità sotto indicate. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

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

Nel caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

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



18. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal Piano Sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Iscritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di apposita documenta-

zione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

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



19. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA E PERMANENTE

19.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

In aggiunta a quanto già previsto dal piano in corso e garantito per il tramite del Fondo, ossia in aggiunta al rimborso delle spese sanitarie ed assistenziali sostenute alle condizioni previste con gli articoli successivi, UniSalute garantisce attraverso la propria rete di strutture convenzionate il pagamento diretto e l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali, il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza, per un valore corrispondente alla somma garantita all'Iscritto quando questi si trovi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto 19.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente".

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

19.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.

2. Aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%.
3. Presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetti 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.

19.3 MASSIMALE MENSILE

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto 19.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente" corrisponde a € 1.000,00 da corrispondersi per una durata massima di 3 anni.

19.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto 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 (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale),
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile),

- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio),
- coprire (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali),

e necessiti 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.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, accertata da un referto medico redatto successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessiti in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

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

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto o l'Iscritto stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito ai sensi di polizza (punto 19.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente"), dovrà telefonare alla Centrale UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), 800-009619 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30 e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del massimale mensile previsto al punto 19.3 e previa valutazione di UniSalute, delle prestazioni e consu-

lenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

UniSalute intervistando telefonicamente l'Iscritto, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto, 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 e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case Manager provvederà inoltre ad inviare all'Iscritto una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l'Iscritto, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto, 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.

- 1) Nel caso in cui UniSalute riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all'Iscritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari. Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, UniSalute, nei limiti del massimale mensile di cui al punto 19.3 previsto, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Iscritto che nelle strutture stesse.

All'Iscritto 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'Iscritto e quelle eventualmente rifiutate dall'Iscritto. Questo documento dovrà essere firmato dall'Iscritto, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Iscritto, per accettazione del PAI.

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

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

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'Iscritto stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con UniSalute utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni. Qualora a seguito dell'esaurimento del massimale, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Iscritto, 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 idonea documentazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con

un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

- 2) Nel caso in cui UniSalte 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'Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari. Qualora l'Iscritto 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'Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, idonea documentazione che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

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

UniSalute si riserva la facoltà di sottoporre l'Iscritto 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'Iscritto comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, UniSalute rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite di UniSalute, nei limiti del massimale mensile. Qualora invece le condizioni dell'Iscritto non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Iscritto stesso.

- 3) Nel caso in cui UniSalute non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Iscritto. Laddove il punteggio assegnato da Uni-

Salute al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'Iscritto 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'Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari. Qualora l'Iscritto 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'Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

- 4) Qualora l'Iscritto sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), UniSalute provvederà a rimborsargli, nei limiti del massimale previsto al punto 19.3, esclusivamente la retta mensile.



20. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

20.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

UniSalute garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Iscritto quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto 20.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea".

20.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
 - a. spostarsi, c. vestirsi,
 - b. lavarsi, d. nutrirsi
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%
3. Essere affetti 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.
4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica

20.3 SOMMA ASSICURATA

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto 20.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea" corrisponde a € 1.000,00 da corrispondersi per una durata massima di 6 mesi.

20.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica 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),

- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di ingerire),
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio),
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente),
e necessiti temporaneamente ma in modo costante:
 - o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
 - o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata.



21. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde nazionale 800-009619 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il seguente numero verde 00800-39009619, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: 0039514185619.

a) Informazioni generiche sul contratto

Le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura.

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.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Struttura Organizzativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477.

a) Pareri medici immediati

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

b) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, l'Iscritto, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo, la Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Iscritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

c) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Se l'Iscritto, dopo il Ricovero di primo soccorso a causa di Infortunio o di malattia improvvisa, necessiti di trasporto in autoambulanza per il rientro nel luogo di residenza, la Struttura Organizzativa 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 300 km per evento.

d) Trasferimento sanitario in centro medico specializzato

Qualora l'Iscritto, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, sia affetto da una patologia che per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Struttura Organizzativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Iscritto e i medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico dell'Iscritto e d'intesa con il medico curante, riscontrino che l'Iscritto necessiti:

- di un Ricovero presso un altro Istituto di Cura più specializzato;
- di un Ricovero presso un Istituto di Cura più vicino alla propria abitazione in Italia, nel caso in cui l'Iscritto si trovi all'estero.

La Struttura Organizzativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Iscritto al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore, con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni.

Il trasporto, secondo la gravità del caso, può essere effettuato con:

- treno in prima classe e se necessario con cuccetta o vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso;
- aereo di linea anche barellato;
- aereo sanitario, limitatamente all' Europa.

In caso di Malattia improvvisa manifestatasi all'estero, il trasporto sanitario opera se la Malattia è in fase acuta e non è nota all'Iscritto.

È l'équipe medica di UniSalute a decidere se effettuare il trasporto ed il mezzo da utilizzare a seconda delle necessità tecniche e mediche del caso.

La garanzia non opera:

- in caso di infermità e lesioni che, secondo l'équipe medica, o possono essere curate sul posto o non pregiudicano la prosecuzione del viaggio;
- nei casi in cui non si rispettino le norme sanitarie nazionali o internazionali.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Struttura Organizzativa.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

All'estero

In collaborazione con Unipol Assistance S.c.r.l., UniSalute offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonan-

do dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia + 051 4161781.

a) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia improvvisa o di infortunio, l'Iscritto necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Struttura Organizzativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di euro 1500 per sinistro.

La garanzia opera se non sia già presente sul posto un altro familiare maggiorenne.

b) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Iscritto abbia necessità per la terapia del caso di speciali medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'Iscritto il costo di acquisto dei medicinali.

Sono esclusi dalla prestazione i medicinali salva vita

c) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Iscritto in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Iscritto tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;

- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

È l'équipe medica di UniSalute a decidere se effettuare il trasporto ed il mezzo da utilizzare a seconda delle necessità tecniche e mediche del caso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La garanzia non opera:

- in caso di infermità e lesioni che, secondo l'équipe medica, o possono essere curate sul posto o non pregiudicano la prosecuzione del viaggio;
- nei casi in cui non si rispettino le norme sanitarie nazionali o internazionali.

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Iscritto, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Qualora l'Iscritto, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisca di una o più prestazioni di Assistenza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.



22. DURATA

Il Piano Sanitario ha durata BIENNALE e scade alle ore 00 del 01/01/2027.



23. ESTENSIONE TERRITORIALE

Il Piano Sanitario vale in tutto il mondo.



24. ESCLUSIONI

Il Piano Sanitario esclude le spese per:

- a. L'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del piano;
- b. Qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione, salvo quanto previsto ai punti 8 "Pacchetto maternità", 10 "Prestazioni odontoiatriche particolari", 14 "Esami di laboratorio", 15 "Prevenzione oncologica" e 16 "Prevenzione specialistica specifica";
- c. Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d. La semplice correzione di difetti visivi con trattamento laser eccetto quelli finalizzati alla correzione della miopia salvo quanto previsto al punto 3.3 "Intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia, oculistica, endoscopie operative e biopsie";
- e. L'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico, anche se associato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- f. Cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 200 giorni successivi allo stesso;
- g. Tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
- h. Infortuni derivanti da atti dolosi dell'Iscritto (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);
- i. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- j. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- k. Aborto volontario non terapeutico;
- l. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da

- infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- m. Le protesi di qualsiasi altro tipo (escluse le endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici) salvo quanto previsto al punto 9 "Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici";
 - n. Trattamenti sclerosanti;
 - o. I trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini (salvo quanto previsto al punto 7 "Trattamenti fisioterapici riabilitativi e alla lett. f) "Post ricovero" di cui al punto 3 "Ricovero");
 - p. Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o transmutazione dell'atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopiradioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.)
 - q. Le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
 - r. Prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
 - s. Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.
 - t. Le prestazioni e gli interventi inerenti alla diagnosi, alla prevenzione ed alla terapia delle malattie, degli infortuni e delle anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché a qualsiasi prestazione e intervento avente come fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatico, salvo quanto espressamente previsto nei singoli punti di polizza.
 - u. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 19 "Stati di non autosufficienza consolidata e permanente" e al punto 20 "Stati di non autosufficienza temporanea", l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

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

- b. dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;
- c. di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- d. di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Iscritto ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- e. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f. di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- g. del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'Iscritto di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- h. di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i. di partecipazione attiva dell'Iscritto ad atti criminali;
- j. di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- k. delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- l. di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.



25. LIMITI DI ETÀ

Il Piano Sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale.

NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI

FAMILIARI

Edizione 2025



1. PRESTAZIONI

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute per:

ricovero in istituto di cura;

day-hospital;

intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica;

trapianti;

parto e aborto;

anticipo dell'indennizzo;

indennità giornaliera;

diagnosi comparativa nel periodo di pre ricovero;

ospedalizzazione domiciliare;

alta specializzazione;

visite specialistiche e accertamenti diagnostici;

prestazioni odontoiatriche particolari;

prestazioni a tariffe agevolate;

servizi di consulenza e assistenza.



2. ISCRITTI

Il Piano sanitario è prestato a favore dei coniugi o conviventi more uxorio e dei figli, questi ultimi solo se fiscalmente a carico, risultanti da stato di famiglia di lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato o con contratto a termine di durata predeterminata pari o superiore a 9 mesi per i quali si applica il C.C.N.L. dell'Industria Alimentare regolarmente iscritti al Fondo FASA. Possono altresì essere inclusi nella presente copertura:

- i figli del/della dipendente non presenti sul medesimo stato di famiglia purché fiscalmente a carico del/della

dipendente stesso/a,

- il coniuge o convivente more uxorio non presente sul medesimo stato di famiglia del/della dipendente purché domiciliato con il/la dipendente stesso/a.

Ogni altro soggetto diverso da quelli sopra indicati (es. figli non fiscalmente a carico, genitori, fratelli, zii etc.), non può in ogni modo essere incluso nella presente copertura.

NB: Si precisa che qualora ci siano due coniugi o conviventi more uxorio entrambi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo, dovranno essere inseriti entrambi come titolari e non potranno essere in alcun modo inseriti come beneficiari.

I figli fiscalmente a carico invece potranno risultare beneficiari di entrambe le coperture dei genitori.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA



Il Fondo provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

A. Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

B. Intervento chirurgico

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

C. Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici

durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

D. Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

E. Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. La garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno per ogni giorno di ricovero.

F. Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 200 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.



3.2 DAY-HOSPITAL

La garanzia è operante in caso di day-hospital con intervento chirurgico.

La garanzia è altresì operante per i day-hospital medici eseguiti per dialisi e per cure e terapie di patologie oncologiche. Sono esclusi invece dalla presente garanzia tutti i day-hospital medici diversi da quelli sopra indicati.

Nel caso di day-hospital come sopra definito, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" con i relativi limiti in esso indicati. Per quanto concerne le cure oncologiche, la garanzia si intende altresì operante nel caso in cui le terapie siano state effettuate in regime ambulatoriale.



3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA E OCULISTICA

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" con i relativi limiti in essi indicati.

NB:

- In caso di interventi ambulatoriali per prestazioni di dermatologia la garanzia opererà in presenza di situazioni patologiche refertate dallo specialista che esegue la prestazione (es. esame istologico per i nei, etc.)
- In caso di intervento per la correzione della miopia, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, la garanzia opererà soltanto in presenza di un difetto della capacità visiva risultante dallo specchietto dell'oculista riportante l'indicazione delle diottrie.



3.4 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo liquida le spese previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" con i relativi limiti in esso indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.



3.5 PARTO E ABORTO

3.5.1 PARTO CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

In caso di parto cesareo, aborto terapeutico e spontaneo il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore"; f) "Post-ricovero". La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per persona (da intendersi come sottolimite del massimale di cui al punto 3.11 "Massimale").

3.5.2 PARTO NATURALE

In caso di parto naturale, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura", lettera f) "Post-ricovero". La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e per persona (da intendersi come sottolimite del massimale di cui al punto 3.11 "Massimale").

3.5.3 RIMBORSO DI UNA VISITA ANESTESIOLOGICA PER PARTO E ABORTO

Per i casi previsti ai precedenti punti 3.5.1 "Parto cesareo, aborto terapeutico e spontaneo" e 3.5.2 "Parto naturale" è previsto in copertura il rimborso di una visita anestesiologica preparatoria. Il costo della prestazione è ricompreso all'interno dei massimali indicati.



3.6 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico in strutture sanitarie private, fermi restando i limiti previsti, è data facoltà all'Iscritto di richiedere un anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al 70% delle stesse, previa contestuale presentazione di certificazione attestante la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa e della documentazione relativa al ricovero, si proce-derà al relativo conguaglio.



3.7 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

A. Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono li-quidate direttamente da UniSalute alle strutture sanitarie convenzionate, con l'applicazione di uno scoperto del 25%, ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.10 "Ospedalizzazione domiciliare"
che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto indicato.

- punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura:
 - lett. a) "Pre ricovero"

che viene rimborsato integralmente.

- punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura:
 - lett. f) "Post ricovero"

che viene liquidato integralmente.

B. Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate con uno scoperto del 35% ad eccezione dei seguenti:

- punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":

- lett. e) "Accompagnatore";

che viene rimborsata all'Iscritto nel limite previsto al punto indicato;

- punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":

- lett. a) "Pre ricovero"

- lett. f) "Post ricovero";

che vengono rimborsati integralmente.

Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.8 "Indennità giornaliera".

Tale garanzia sarà altresì attivata in caso di day-hospital con i relativi limiti in essa indicati.

Qualora l'Iscritto sostenga, durante il ricovero, delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Fondo rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Iscritto nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'"indennità giornaliera".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Iscritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. b) Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute.



3.8 INDENNITÀ GIORNALIERA

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per le prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a un'indennità per ogni giorno di degenza di:

A. € 50,00 per ogni notte di degenza

- Per i ricoveri chirurgici, è corrisposta con l'applicazione di due notti di franchigia e per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.

- Per i ricoveri medici: con l'applicazione di due notti di franchigia per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.
- B. € 50,00 per ogni giorno di degenza
 - Per i day-hospital chirurgici e per i day-hospital medici per dialisi e per cure e terapie di patologie oncologiche: corrisposta a partire dal primo giorno per un massimo di 50 giorni per evento (sono esclusi tutti i day-hospital medici diversi da quelli per dialisi e per cure e terapie di patologie oncologiche). Per i day hospital effettuati per dialisi, l'indennità viene erogata indipendentemente dal fatto che il day hospital sia avvenuto presso una struttura pubblica o privata. L'Iscritto potrà fruire dell'indennizzo descritto solo in alternativa a quanto previsto al punto 4 "Alta Specializzazione".
- C. L'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) si intende equiparata a tutti gli effetti al Ricovero e viene pertanto indennizzata ai sensi di quanto previsto dal precedente punto a).
- D. € 70,00 per ogni notte di degenza
 - Per i ricoveri per parto naturale, cesareo, aborto terapeutico e spontaneo, con l'applicazione di un notte di franchigia per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.



3.9 DIAGNOSI COMPARATIVA NEL PERIODO DI PRE-RICOVERO

UniSalute consente la possibilità all'Iscritto di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto. Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute 800-009619 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, l'Iscritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione. UniSalute mette a disposizione dell'Iscritto i seguenti servizi:

1. Consulenza Internazionale. UniSalute rilascerà all'Iscritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico

specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.

2. Trova Il Medico. UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Iscritto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Iscritto.
3. Trova la Miglior Cura. Qualora l'Iscritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Iscritto laddove necessario. Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Iscritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

AIDS

Morbo di Alzheimer

Perdita della vista

Cancro

Coma

Malattie cardiovascolari

Perdita dell'udito

Insufficienza renale

Perdita della parola

Trapianto di organo

Patologia neuro motoria

Sclerosi multipla

Paralisi

Morbo di Parkinson

Infarto

Ictus

Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, l'Iscritto dovrà contattare UniSalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare a UniSalute la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata da UniSalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.



3.10 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

UniSalute, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile a termini di polizza, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. UniSalute concerterà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto se-

condo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le missioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Il massimale annuo corrisponde a € 10.000,00 per persona.

3.11 MASSIMALE

Il massimale annuo previsto per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 300.000,00 per persona.



4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere. Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici "anche in digitale")

Angiografia

Artrografia

Broncografia

Chemioterapia

Cisternografia

Cistografia

Cistouretrografia

Clisma opaco

Cobaltoterapia/Radioterapia

Colangiografia intravenosa

Colangiografia percutanea

Colangiografia trans Kehr

Colecistografia

Daciocistografia

Defecografia
Dialisi
Elettroencefalografia
Fistolografia
Flebografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mammografia o Mammografia Digitale
Mielografia
Retinografia
Risonanza
Rx esofago con mezzo di contrasto
Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
Scialografia
Scintigrafia
Splenoportografia
Urografia
Vesciculodeferentografia
Videoangiografia
TAC
Wirsungrafia

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato

nato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute NON vengono rimborsate.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario rimborsa i tickets sanitari a carico dell'Iscritto con l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 25.000,00 per persona.



5. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE PER FIGLI IN CASO DI DISAGIO IN ETÀ SCOLARE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni di cui ai punti 5.1 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" e 5.2 "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare", corrisponde a € 7.000,00 per persona.

5.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

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

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patolo-

gia, fatta eccezione per quanto specificamente previsto dal successivo punto 5.2 "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare". Rientrano inoltre in garanzia gli accertamenti ecografici alle anche per il bambino nel primo anno di vita.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Condizioni per l'applicazione di un'unica franchigia per prestazioni effettuate presso le strutture sanitarie private convenzionate con UniSalute:

- Nel caso in cui durante lo svolgimento di una visita specialistica venga effettuato contestualmente anche un accertamento diagnostico correlato;

oppure

- Qualora si renda necessario effettuare una visita specialistica propedeutica ad un accertamento diagnostico invasivo;

verrà applicata un'unica franchigia pari a € 50,00 sulle due prestazioni, purché le 2 prestazioni sanitarie siano state contestualmente richieste alla centrale operativa.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute NON vengono rimborsate.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazio-

nale, il Piano Sanitario rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Iscritto con l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Condizioni per l'applicazione di un'unica franchigia per prestazioni effettuate esclusivamente presso il Servizio Sanitario Nazionale:

- Nel caso in cui durante lo svolgimento di una visita specialistica venga effettuato contestualmente anche un accertamento diagnostico correlato;

oppure

- Qualora si renda necessario effettuare una visita specialistica propedeutica ad un accertamento invasivo;

verrà applicata un'unica franchigia pari a € 25,00 sui ticket emessi a fronte delle due prestazioni, purché il rimborso delle 2 prestazioni sia richiesto dall'Iscritto con un solo invio e che le 2 prestazioni sanitarie siano state contestualmente richieste dal medico curante.

5.2 PRESTAZIONI PSICHiatriche E PSICOTERAPEUTICHE PER FIGLI IN CASO DI DISAGIO IN ETÀ SCOLARE (DAI 6 ANNI COMPIUTI FINO AI 16 ANNI)

UniSalute provvede al pagamento delle prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche dei figli in caso di disagio in età scolare, ossia di età dai 6 anni compiuti fino a 16 anni, semipreché siano prescritte da medico "di base" o da medico specialista e vengano effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta o da psicologo iscritto all'albo.

La presente copertura viene attivata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie private convenzionate con UniSalute; le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza alcun importo a carico dello stesso. Il sottomassimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni sopra indicate, corrisponde a € 500,00 per persona.



6. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

(GARANZIA OPERANTE PER IL CONIUGE/CONVIVENTE MORE UXORIO E PER I FIGLI DI ETÀ UGUALE O SUPERIORE AI 6 ANNI)

UniSalute provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno e con l'applicazione di uno scoperto del 30% presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Visita specialistica odontoiatrica;
- 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.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Iscritto, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, UniSalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

Restano invece a carico dell'Iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.



7. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

(GARANZIA OPERANTE PER I FIGLI DI ETÀ INFERIORE AI 6 ANNI)

UniSalute provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno e con l'applicazione di uno scoperto del 30% presso strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Visita specialistica odontoiatrica;
- Fluorazione.

Restano invece a carico dell'Iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.



8. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Iscritto, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto. Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Iscritto, e la struttura stessa e successivamente comunicato ad UniSalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.



9. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde nazionale 800-009619 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il seguente numero verde 00800-39009619, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: 0039514185619.

a) Informazioni generiche sul contratto

Le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assisten-

za diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Struttura Organizzativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477.

a) Pareri medici immediati

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

b) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, l'Iscritto, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo, la Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Iscritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

c) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Se l'Iscritto, dopo il Ricovero di primo soccorso a causa di Infortunio o di malattia improvvisa, necessiti di trasporto in autoambulanza per il rientro nel luogo di residenza, la Struttura Organizzativa 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 300 km per evento.

d) Trasferimento sanitario in centro medico specializzato

Qualora l'Iscritto, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, sia affetto da una patologia che per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Struttura Organizzativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Iscritto e i medici della Struttura Orga-



nizzativa, previa analisi del quadro clinico dell'Iscritto e d'intesa con il medico curante, riscontrino che l'Iscritto necessiti:

- di un Ricovero presso un altro Istituto di Cura più specializzato;
- di un Ricovero presso un Istituto di Cura più vicino alla propria abitazione in Italia, nel caso in cui l'Iscritto si trovi all'estero.

La Struttura Organizzativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Iscritto al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore, con il mezzo più idoneo alle sue condizioni.

Il trasporto, secondo la gravità del caso, può essere effettuato con:

- treno in prima classe e se necessario con cuccetta o vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso;
- aereo di linea anche barellato;
- aereo sanitario, limitatamente all'Europa.

In caso di Malattia improvvisa manifestatasi all'estero, il trasporto sanitario opera se la Malattia è in fase acuta e non è nota all'Iscritto.

È l'équipe medica di UniSalute a decidere se effettuare il trasporto ed il mezzo da utilizzare a seconda delle necessità tecniche e mediche del caso.

La garanzia non opera:

- in caso di infermità e lesioni che, secondo l'équipe medica, o possono essere curate sul posto o non pregiudicano la prosecuzione del viaggio;
- nei casi in cui non si rispettino le norme sanitarie nazionali o internazionali.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Struttura Organizzativa.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

All'estero

In collaborazione con Unipol Assistance S.c.r.l., UniSalute offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia + 051 4161781.

a) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia improvvisa o di infortunio, l'Iscritto necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Struttura Organizzativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di euro 1500 per sinistro.

La garanzia opera se non sia già presente sul posto un altro familiare maggiorenne.

b) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Iscritto abbia necessità per la terapia del caso di speciali medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'Iscritto il costo di acquisto dei medicinali. Sono esclusi dalla prestazione i medicinali salva vita

c) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Iscritto in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Iscritto tra quelli sotto elencati:

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

È l'équipe medica di UniSalute a decidere se effettuare il trasporto ed il mezzo da utilizzare a seconda delle necessità tecniche e mediche del caso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La garanzia non opera:

- in caso di infermità e lesioni che, secondo l'équipe medica, o possono essere curate sul posto o non pregiudicano la prosecuzione del viaggio;
- nei casi in cui non si rispettino le norme sanitarie nazionali o internazionali.

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Iscritto, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Qualora l'Iscritto, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisca di una o più prestazioni di Assistenza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.



A. DURATA

Il Piano Sanitario ha durata ANNUALE e scade alle ore 00 del 01/01/2026.

B. ESTENSIONE TERRITORIALE

Il Piano Sanitario vale in tutto il mondo.



C. ESCLUSIONI

Sono in ogni caso escluse dal Piano Sanitario le spese per:

- a. L'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del piano;
- b. Qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione, salvo quanto previsto al punto 6 "Prestazioni odontoiatriche particolari (garanzia operante per il coniuge/convivente more uxorio e per i figli di età uguale o superiore ai 6 anni)" e 7 "Prestazioni odontoiatriche particolari (garanzia operante per i figli di età inferiore ai 6 anni)";
- c. Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici salvo quanto previsto al punto 5.2 "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare";
- d. La semplice correzione di difetti visivi con trattamento laser eccetto quelli finalizzati alla correzione della miopia come previsto al punto 3.3 "Intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica";
- e. L'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico, anche se associato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- f. Cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 200 giorni successivi allo stesso;
- g. Tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
- h. Infortuni derivanti da atti dolosi dell'Iscritto (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi); il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- i. Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, anziché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- j. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

- k. Aborto volontario non terapeutico;
- l. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- m. Le protesi di qualsiasi altro tipo (escluse le endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici);
- n. Trattamenti sclerosanti;
- o. I trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini (salvo quanto previsto alla lett. f) "Post ricovero" di cui al punto 3. "Ricovero");
- p. Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopiradioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- q. Le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- r. Prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
- s. Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- t. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentali e gli accertamenti odontoiatrici salvo quanto previsto al punto 6 "Prestazioni odontoiatriche particolari (garanzia operante per il coniuge/convivente more uxorio e per i figli di età uguale o superiore ai 6 anni)" e 7 "Prestazioni odontoiatriche particolari (garanzia operante per i figli di età inferiore ai 6 anni)";
- u. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.



D. LIMITI DI ETÀ

Il Piano Sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 75° anno di età, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza.



Ente Bilaterale di Settore
E B S INDUSTRIA
ALIMENTARE

**PRESTAZIONI IN FAVORE DEI
LAVORATORI DELL'INDUSTRIA ALIMENTARE**
Erogate dall'Ente Bilaterale di Settore – E.B.S.

**SOSTEGNO ALLA MATERNITÀ E PATERNITÀ
SOSTEGNO PER LA FORMAZIONE CONTINUA
SOSTEGNO ALLE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE**

Edizione 2025

SOSTEGNO ALLA MATERNITÀ E PATERNITÀ



1. I DESTINATARI

L'Ente Bilaterale di Settore garantisce alle lavoratrici ed ai lavoratori delle aziende dell'Industria Alimentare sistemi di welfare, tra questi il sostegno alla maternità e paternità e misure collegate di sostegno alla genitorialità e alla famiglia in situazioni di fragilità con riferimento ai genitori che fruiscono del congedo parentale per gravi motivi familiari.

I sostegni sono rivolti a favore dei lavoratori dipendenti assunti con contratto a tempo indeterminato (inclusi part-time ed apprendisti, esclusi dirigenti) per i quali si applica il C.C.N.L. dell'Industria Alimentare.

Tale prestazione assistenziale integrativa è destinata a coloro che si avvalgono dell'astensione facoltativa dal lavoro per maternità/paternità oppure del congedo per gravi motivi familiari all'Art.40 ter C.C.N.L. Industria Alimentare. I lavoratori sono iscritti di diritto, l'Ente è un costo contrattuale a carico dell'azienda, secondo quanto previsto dal C.C.N.L. Industria Alimentare firmato il 27/10/2012 in attuazione dell'art. 1-bis.

NB: I contributi assistenziali possono essere richiesti solo dal dipendente. Nessun componente del nucleo familiare ha diritto ad usufruire del contributo.

2. PRESTAZIONI OFFERTE DALL' ENTE BILATERALE DI SETTORE

L'Ente, in linea con le disposizioni vigenti in materia di astensione facoltativa, fermi restando i necessari criteri di accettabilità previsti dal paragrafo successivo, fornisce un contributo assistenziale integrativo all'indennità di legge erogata dall'INPS, per le lavoratrici madri/lavoratori padri che decidessero di avvalersi dell'astensione facoltativa dal lavoro per maternità/paternità. Il contributo liquidato sarà stabilito periodicamente dal Comitato di

gestione dell'Ente, l'Iscritto potrà conoscere l'importo del semestre di competenza consultando il sito www.ebsalimentare.it.

L'Ente provvederà a liquidare un primo acconto in relazione a tutte le richieste che ricadono nel primo semestre dell'anno (gennaio-giugno), e un secondo acconto in relazione a tutte le richieste che ricadono nel secondo semestre dell'anno (luglio-dicembre). A seguire l'Ente provvederà a liquidare eventuali conguagli in relazione a tutte le richieste avanzate nell'anno precedente (gennaio-dicembre).

Per i genitori che fruiscono del congedo parentale non retribuito per gravi motivi familiari (Art.40 ter CCNL) viene riconosciuta un'indennità fino al 50% dell'ultima retribuzione percepita dal lavoratore, per un periodo massimo di un anno entro il compimento dei 12 anni di vita del bambino, ad esclusione delle motivazioni personali della propria famiglia anagrafica e di altri soggetti diversi dai figli.



3. CRITERI DI ACCETTABILITÀ

Nel presupposto della regolarità contributiva della posizione del lavoratore, l'Iscritto può fare richiesta del contributo per il periodo indennizzato dall'INPS fino al compimento dei 12 anni di età del bambino, se:

- l'astensione facoltativa per maternità/paternità riconosciuta dall'INPS preveda un'assenza continuativa di un minimo di 30 giorni fino al massimo di 180 giorni (compresi sabato, domenica e giorni festivi) alle lavoratrici madri e ai lavoratori padri che, decorso il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro, decidano di avvalersi dell'astensione facoltativa per maternità-paternità.
- Superati i 180 giorni di astensione facoltativa riconosciuta dall'INPS, l'astensione è prolungata di ulteriori 90 giorni spettanti alla madre o al padre di congedo parentale fruibili nel rispetto delle normative vigenti, purché il periodo sia continuativo.
- L'astensione facoltativa è riconosciuta dall'INPS in favore

dei genitori soli (Circolare INPS n.8 del 17/01/2023) ovvero in casi di morte dell'altro genitore, abbandono del figlio, affidamento esclusivo o non riconoscimento del figlio per un periodo complessivo di 9 mesi (270 giorni) indennizzati con un minimo di 30 giorni consecutivi.

- L'astensione facoltativa è riconosciuta dall'INPS in favore dei genitori con figli con handicap in situazione di gravità (Legge 104/1992 art.3 c.3) che fruiscono del periodo di astensione facoltativa di 3 anni, decorrenti a partire dalla conclusione del periodo di normale congedo parentale (art.32 D.Lgs. 151/2001).
- L'invio della richiesta del contributo sia stato effettuato entro 120 giorni dalla data in cui è stata presentata all'INPS la richiesta di congedo facoltativo.
- la richiesta venga effettuata una sola volta l'anno;

La situazione di "ragazza madre" o di "genitore single" non realizza di per sé la condizione di "genitore solo": deve infatti risultare anche il non riconoscimento dell'altro genitore. Analogamente dicasi per la situazione di genitore separato: nella sentenza di separazione deve risultare che il figlio è affidato ad uno solo dei genitori. L'articolo 32, comma 1, lettera c), del d.lgs. 151/2001 precisa che, per genitore solo deve intendersi, anche il genitore nei confronti del quale sia stato disposto, ai sensi dell'articolo 337-quater del Codice civile, l'affidamento esclusivo del figlio.

NB: Il periodo di astensione facoltativa per maternità/paternità potrà iniziare da qualsiasi giorno del mese - non necessariamente dal 1º - purché il periodo sia continuativo pari o superiore a 30 giorni effettivi.



4. ASSOGGETTAMENTO FISCALE DEL CONTRIBUTO

L'importo erogato dall'Ente, sommato a quanto percepito dall'INPS, non potrà essere superiore al 100% della retribuzione mensile di fatto.

Il contributo liquidato viene assoggettato alle ritenute fiscali in base all'aliquota IRPEF di tassazione scelta dall'Iscritto (in as-

senza di scelta verrà applicata la tassazione minima vigente al momento dell'erogazione) pertanto l'Ente caricherà nell'area riservata dell'iscritto il modello CU, con la certificazione dell'importo percepito e delle ritenute subite nell'anno fiscale di competenza.

ATTENZIONE: il modello CU verrà rilasciato per permettere all'Iscritto di ottemperare agli obblighi di legge redigendo una corretta dichiarazione dei redditi.

5. RICHIESTA CONTRIBUTO ASSISTENZIALE

Per la richiesta del contributo, relativo al periodo di congedo parentale l'Iscritto deve inviare all'Ente caricando nella propria Area Riservata del sito www.ebsalimentare.it i seguenti documenti:

- Modulo per la richiesta del contributo assistenziale, debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte, scaricabile dal sito www.ebsalimentare.it – sezione Attività "Sostegno Maternità/Paternità";
- Copia della domanda completa inoltrata all'INPS e al datore di lavoro per usufruire del congedo facoltativo per maternità/paternità;
- Se disponibile, copia delle buste paga riferite all'intero periodo di astensione facoltativa in cui risulti il trattamento erogato dall'INPS.

In alternativa, la documentazione sopra indicata potrà pervenire tramite e-mail all'indirizzo maternita@ebsalimentare.it.

Gli allegati inviati dovranno essere in formato PDF e con dimensione totale massima di 5 MB. Allegati di diversi formati e/o dimensioni non verranno aperti.

NB: nel caso di richiesta di astensione per più mesi, l'Iscritto dovrà inviare entro il termine perentorio di 120 giorni dalla data in cui è stata presentata all'INPS la richiesta di congedo facoltativo, il modulo E.B.S. per la richiesta del contributo assistenziale



e copia della domanda completa inoltrata all'INPS. Successivamente, con cadenza mensile, l'Iscritto invierà le copie delle buste paga.

Per la richiesta del sostegno in caso di congedo per gravi motivi familiari all'Art.40 ter C.C.N.L. Industria Alimentare, l'Iscritto deve inviare all'Ente entro 30 giorni dalla data di inizio dell'astensione la dichiarazione parte del datore di lavoro che attesta il periodo di fruizione del congedo non retribuito per gravi motivi familiari, caricando nella propria Area Riservata del sito www.ebsalimentare.it i seguenti documenti:

- Dichiarazione del datore di lavoro che attesta il periodo di fruizione del congedo non retribuito per gravi motivi familiari ad esclusione delle motivazioni personali - della propria famiglia anagrafica - e di altri soggetti diversi dai figli, inoltrata al datore di lavoro;
- Copia dell'ultimo cedolino paga retribuito prima delle mensilità per cui viene richiesto il congedo parentale non retribuito per gravi motivi familiari ad esclusione delle motivazioni personali-della propria famiglia anagrafica e di altri soggetti diversi dai figli.

In alternativa, la documentazione sopra indicata potrà pervenire tramite e-mail all'indirizzo maternita@ebsalimentare.it. Gli allegati inviati dovranno essere in formato PDF e con dimensione totale massima di 5 MB. Allegati di diversi formati e/o dimensioni non verranno aperti.

SOSTEGNO PER LA FORMAZIONE CONTINUA



1. SOSTEGNO ALLE AZIENDE, ALLE LAVORATRICI E AI LAVORATORI

L'Ente Bilaterale di Settore assicura servizi ed interventi di sostegno a favore delle aziende dell'Industria Alimentare, di ogni dimensione, delle lavoratrici e dei lavoratori, finalizzati allo sviluppo di un modello di formazione continua orientata a garantire il raggiungimento di standard metodologici e organizzativi. Sono previste le seguenti attività:

- condivisione dei Piani Formativi di Settore a valere sugli avvisi di Fondimpresa da parte del Comitato Tecnico Permanente a carattere paritetico per la formazione dell'Industria Alimentare, interlocutore istituzionale e facilitatore di imprese e soggetti attuatori, in conformità all'art. 1 quinquies CCNL;
- servizi finalizzati a facilitare l'aggiornamento e l'acquisizione di conoscenze per le Lavoratrici ed i Lavoratori.

Attraverso l'Area Formazione del sito istituzionale www.ebsalimentare.it sono esposte le modalità di accesso, tramite richiesta da parte delle aziende, alla formazione finanziata, alla formazione obbligatoria in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro e alla formazione di competenze specifiche su temi tecnici, Sicurezza Alimentare, Sostenibilità, Qualità, temi manageriali e organizzativi.

SOSTEGNO ALLE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE



1. SOSTEGNO ALLE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE

L'Ente Bilaterale di Settore, in conformità alla normativa vigente contro la violenza di genere e da quanto stabilito dal C.C.N.L. Industria Alimentare, garantisce interventi di sostegno economico alle vittime di violenza di genere, dipendenti dell'Industria Alimentare che abbiamo intrapreso un percorso di uscita dalla violenza certificato dai servizi sociali del comune di appartenenza, dai Centri Antiviolenza o dalle Case Rifugio.

Le misure previste nel caso in cui la lavoratrice ottenga dal proprio datore di lavoro il trasferimento ex articolo 40 Ter lettera E) del CCNL presso altra sede della medesima ditta che comporti l'effettivo cambio di stabile dimora e/o di residenza, collegato al percorso di emancipazione ed autonomia intrapreso, sono:

- contributo del 90% delle spese di trasloco e di spostamento per sé ed i propri familiari risultanti da idonea documentazione comprovante la spesa;
- contributo mensile del 90% del canone di locazione regolarmente registrato per i primi sei mesi di affitto;

Nei casi in cui la lavoratrice effettui un trasferimento che comporti l'effettivo cambio di stabile dimora e/o di residenza, collegato al percorso di protezione intrapreso e il datore di lavoro non possa garantire il ricollocamento lavorativo presso altra unità produttiva ex articolo 40 Ter lettera E) del CCNL adiacente al luogo individuato, in aggiunta alle misure suindicate, è messo a disposizione dall'Ente un Servizio di ricollocamento lavorativo svolto da agenzie autorizzate nel caso in cui non sia possibile il ricollocamento lavorativo presso un'altra unità produttiva.

Per poter accedere ai sostegni previsti dal Fondo, la persona

vittima di violenza di genere deve presentare all'Ente la seguente documentazione (scaricabile dalla sezione dedicata del sito www.ebsalimentare.it):

- A. Modulo di richiesta di accesso al Fondo debitamente compilato e sottoscritto;
- B. Certificazione rilasciata dal Comune di appartenenza e/o dichiarazione firmata dal legale rappresentante del Centro Antiviolenza/Casa Rifugio che attesti il percorso di emancipazione ed autonomia intrapreso;
- C. Documento di identità in corso di validità.

In base alle tipologie di sostegno richieste, oltre alla documentazione ai punti A, B, C:

- D. Lettera di trasferimento presso altra sede/unità produttiva in cui il dipendente è in forza di cui all'art.40 Ter lettera E) del CCNL;
- E. Documenti comprovanti il sostenimento delle spese di spostamento e trasloco (ricevute /fatture e relative quietanze di pagamento);
- F. Copia del contratto di locazione completo di ricevuta di registrazione*.

La domanda di accesso alle misure erogate dal Fondo, debitamente sottoscritta e completa degli obbligatori allegati, deve essere inviata all'indirizzo e-mail info@ebsalimentare.it. Il termine di presentazione della domanda è fissato in 6 mesi dalla data delle ricevute/fatture delle spese sostenute e/o della decorrenza del contratto di locazione e comunque entro e non oltre un anno dalla certificazione, da parte dei Centri Antiviolenza/Servizi Sociali/Casa Rifugio, dell'inizio del percorso di uscita dalla violenza. Non è possibile presentare più di una richiesta di accesso al Fondo, per ogni singola misura, per ciascun dipendente dell'Industria Alimentare.

L'Ente, sussistendo tutte le condizioni previste nel Regolamento, erogherà i sostegni economici entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione mediante accredito su conti dotati di IBAN, area SEPA, intestati al richiedente.

Il Fondo garantisce inoltre un sostegno economico ai Centri antiviolenza o alle Case Rifugio per ogni lavoratrice assistita a cui spettano le agevolazioni previste all'art. 40 Ter del C.C.N.L.

Tra le altre misure, l'E.B.S. si impegna a promuovere attività di prevenzione e sensibilizzazione rivolte alle lavoratrici e ai lavoratori delle aziende del settore alimentare.

NB: Gli importi erogati dell'Ente sono assoggettati alle ritenu-te fiscali di legge, operate dell'Ente, salvo diversa indicazione dell'iscritto, in misura pari all'aliquota Irpef minima prevista dalla normativa al momento della corresponsione delle mi-sure, con aggiunta delle ritenute per Addizionali Regionali e Comunali vigenti per le quali verrà rilasciata apposita docu-mentazione fiscale (Modello CU di certificazione dell'importo percepito e delle ritenute subite nell'anno fiscale di compe-tenza).

- * copia delle quietanze di pagamento del canone d'affitto dovranno essere inviate con cadenza mensile nel limite dei sei mesi previsti da Regolamento.

CASSA
RISCHIO
VITA

CASSA RISCHIO VITA

Edizione 2025



1. PERSONE ASSICURATE

Sono iscritti al Fondo i Lavoratori assunti con contratto a tempo indeterminato a cui viene applicato il CCNL dell'Industria Alimentare, di età compresa tra i 16 e i 69 anni e 6 mesi, per i quali l'azienda abbia versato la regolare ed obbligatoria contribuzione mensile.

2. PRESTAZIONI

In caso di decesso dell'Iscritto, in circostanza al rapporto di lavoro, dovuto a qualsiasi causa, compreso il caso di suicidio, la Cassa Rischio Vita eroga un capitale agli eredi legittimi ai sensi di legge. In assenza di eredi legittimi l'Iscritto potrà indicare uno o più beneficiari. I beneficiari potranno essere indicati dall'Assicurato con apposito modulo, scaricabile dal sito www.cassavita.it. La decorrenza è immediata dall'ingresso in assicurazione tranne nel caso di suicidio dove è prevista una carenza iniziale di 6 mesi.



3. CAPITALI ASSICURATI

Età	Capitale Assicurato Base	Capitale per carichi familiari non autosufficienti
Fino a 32 anni	41.000,00 €	45.000,00 €
Da 33 a 44 anni	37.000,00 €	41.000,00 €
Da 45 a 54 anni	30.000,00 €	34.000,00 €
Da 55 a 59 anni	25.000,00 €	29.000,00 €
Da 60 a 70 anni	18.000,00 €	22.000,00 €

In presenza di familiari a carico non autosufficienti* certificabili al momento del sinistro, il capitale assicurato sarà maggiorato di 4.000,00 € indipendentemente dal numero dei carichi familiari.

*Definizione di non autosufficienza:

Il familiare a carico è considerato "non autosufficiente" se: è titolare di "Identità di Accompagnamento" riconosciuta dall'INPS in sede di accertamento dell'invalidità civile nella misura del 100% (Documentazione dell'INPS attestante l'accertamento di un'invalidità civile nella misura del 100% e del diritto all'identità di accompagnamento).



4. TEMPI PER LA RICHIESTA

I beneficiari, legittimi o designati dall'assicurato, avranno 10 anni di tempo, dal decesso del de cui, per avanzare la richiesta di liquidazione del capitale assicurato.



5. ESCLUSIONI

L'assicurazione vale per qualunque causa di decesso (compreso il suicidio), con le seguenti Esclusioni:

È escluso dall'assicurazione il decesso causato da:

- a. delitto doloso del beneficiario;
- b. partecipazione dell'assicurato a delitti dolosi;
- c. partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare;
- d. partecipazione non attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile se l'assicurato si trova già nel territorio interessato dagli atti di guerra e il decesso avviene dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità al momento dell'arrivo dell'assicurato in un Paese dove c'è una situazione di guerra o similari;
- e. incidente di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- f. eventi causati da armi nucleari, incidenti nucleari o esposizione alle relative radiazioni;
- g. per i soli Assicurati assunti in polizza con decorrenza successiva alle ore 00:00 del primo gennaio 2025, il decesso causato da suicidio è escluso per un periodo di 6 mesi, a partire dalla rispettiva data di decorrenza della copertura di ciascuno.

6. BENEFICIARIO

Per quanto riguarda la possibilità di consentire la designazione agli assicurati di beneficiari nominativi rispetto alla formulazione generica "eredi legittimi o testamentari" ricordiamo gli obblighi derivanti dal Regolamento 44 IVASS che impone l'acquisizione di dati aggiuntivi per l'adeguata verifica della clientela di tutti gli assicurati inseriti nella collettiva e l'identificazione dei beneficiari (tracciati ad hoc per questa finalità).

Per ulteriori informazioni consultare il sito www.cassavita.it



ALIFOND

Edizione 2025



1. COS'È ALIFOND

ALIFOND è un'associazione senza fini di lucro il cui obiettivo è quello di realizzare, per i lavoratori associati, una pensione complementare al trattamento pensionistico pubblico obbligatorio, usufruendo di tutte le agevolazioni previste dalla legge, attraverso i versamenti contributivi e la loro rivalutazione nel tempo. I lavoratori e le aziende che aderiscono ad ALIFOND entrano a far parte degli organismi paritetici di gestione del Fondo (Assemblea, Consiglio di amministrazione, Collegio dei Sindaci). Tale organizzazione del Fondo permette di ridurre al minimo i costi di gestione e di conseguire una elevata redditività delle risorse investite.

ALIFOND è soggetto al controllo della Commissione di vigilanza sui Fondi Pensione - COVIP. A tutela e garanzia degli associati, la Legge ha stabilito una fitta rete di controlli affidata all'attività incrociata di un insieme di Organi:

- COVIP (Commissione di vigilanza sui Fondi Pensione);
- Collegio dei Sindaci (controlla l'amministrazione del Fondo e vigila sull'osservanza della legge e dello statuto);
- Società di revisione (controllo contabile);
- Funzione di revisione interna (controllo efficacia processi governance e gestione dei rischi);
- Funzione di gestione dei rischi (controllo gestione e procedure interne);
- Funzione Finanza (controllo gestione finanziaria).

2. PERCHÉ SCEGLIERE ALIFOND

Il sistema pensionistico italiano ha subito diversi cambiamenti con le riforme avvenute a partire dagli anni '90 e gradualmente gli importi erogati saranno meno generosi di quelli percepiti in passato. La pensione "pubblica" che i lavoratori riceveranno in futuro sarà determinata dalla somma dei contributi versati dal lavoratore nel corso della sua vita lavorativa, il cosiddetto metodo contributivo. L'ammontare della pensione dipenderà inoltre da altre variabili: gli anni di contribuzione, l'età e l'anno di

pensionamento, l'andamento del PIL nominale, il valore del reddito medio nel corso della vita lavorativa e la sua crescita nel tempo. Di conseguenza, rispetto ai pensionati attuali, sarà più basso il livello di copertura delle pensioni rispetto alle ultime retribuzioni poiché senza una rivalutazione dei contributi versati il potere d'acquisto del capitale accantonato diminuisce ogni anno. La legge prevede che il TFR accantonato abbia un rendimento annuo pari al 75% dell'inflazione più l'1,5% fisso. Pertanto il rendimento reale del TFR (cioè, al netto dell'inflazione) è sempre molto contenuto, e diventa negativo se l'inflazione supera il 6% annuo.

Scegliendo ALIFOND, la pensione del lavoratore sarà calcolata dalla somma di due diverse forme di previdenza: quella INPS determinata dall'ammontare dei contributi versati (tramite il metodo contributivo) e quella complementare (definita dall'insieme delle risorse investite dal lavoratore). Le quote di TFR, insieme ai versamenti dell'azienda e del lavoratore, affidati ad ALIFOND, verranno investiti sul mercato finanziario tramite società specializzate: gli investimenti saranno opportunamente bilanciati per ottenere rendimenti più elevati e quindi migliori prestazioni.

I vantaggi dell'adesione:

- Il lavoratore potrà costituirsi una pensione aggiuntiva a quella pubblica che lo aiuti a tutelare, da pensionato, il suo tenore di vita;
- Grazie ad accordi contrattuali, al contributo del lavoratore, aggiuntivo al TFR, verrà corrisposto anche un contributo dell'azienda che in altre forme di risparmio previdenziale (Fondi Aperti e PIP) non è dovuto;
- Il lavoratore diventa associato e non semplice iscritto di ALIFOND, come tale partecipa alla vita del Fondo eleggendo i suoi rappresentanti;
- L'Associato si avvale di una gestione finanziaria effettuata da società specializzate e di un elevato grado di controllo sulla gestione stessa;
- L'Associato può scegliere il comparto d'investimento tra più soluzioni, ponderando il rapporto rischio-rendimento, poten-

dolo anche cambiare nel corso della sua permanenza nel Fondo;

- L'Associato può investire anche in un comparto con la garanzia di restituzione del capitale versato;
- Maturati determinati requisiti, l'Associato può richiedere prestazioni anche prima del pensionamento.



3. CHI PUÒ ADERIRE AL FONDO

L'adesione ad ALIFOND è volontaria ed è rivolta ai lavoratori il cui rapporto di lavoro è disciplinato dal CCNL dell'Industria Alimentare e dei "settori affini" a seguito di appositi accordi stipulati dalle relative Associazioni sindacali e datoriali. Possono aderire al Fondo i lavoratori a tempo indeterminato, anche part-time, con contratto d'apprendistato, lavoratori a tempo determinato (della durata continuativa di 4 mesi o cumulata di 6 mesi presso la stessa azienda nell'arco dell'anno).

4. COME SI ADERISCE AD ALIFOND

Per aderire ad ALIFOND è sufficiente consegnare alla direzione del personale dell'Azienda presso la quale si lavora, l'apposito modulo di adesione che si trova a disposizione:

- presso la stessa Azienda;
- presso le sedi delle Organizzazioni Sindacali;
- nella sezione Modulistica del sito www.alifond.it

Sarà incarico dell'azienda, dopo aver inserito anche i suoi dati, inviare il modulo al Fondo. Aderendo ad ALIFOND il lavoratore versa una quota associativa annuale di € 24,00 (a copertura delle spese di gestione) senza nessun costo d'iscrizione.

In caso di richieste di prestazioni individuali prima del pensionamento, il Fondo prevede ulteriori costi, a copertura degli oneri amministrativi, di € 25,00 per la richiesta di anticipazione e di € 15,00 per la richiesta di riscatto.

5. COME FUNZIONA ALIFOND

Con l'adesione, il lavoratore è titolare di un proprio "conto pensionistico individuale" sul quale sono accreditati:

- un contributo del lavoratore, trattenuto in busta paga a partire dall'1% della retribuzione mensile lorda;
- un contributo dell'azienda pari al 1,50% della retribuzione mensile lorda;
- quota annua del TFR versata mensilmente.

L'Associato può scegliere di non versare alcun contributo a suo carico e di partecipare versando solo la quota del TFR. In questo caso l'Azienda è esonerata dalla contribuzione in favore del lavoratore.

La normativa prevede che il lavoratore associato al Fondo possa determinare liberamente la percentuale a proprio carico anche in misura superiore a quanto deducibile (che dal 1 gennaio 2007 diventa il limite assoluto annuo di euro 5.164,57) potendo sospendere o modificare la percentuale a suo carico previa comunicazione al Fondo con apposito modulo consegnato in Azienda.

ALIMENTAZIONE DEL CONTO PENSIONISTICO INDIVIDUALE			
TFR	CONTRIBUTO LAVORATORE	CONTRIBUTO AZIENDA	
Lavoratori prima occupazione prima il 28/04/1993	possono versare il 28,94% o il 100%	1% minimo contrattuale. Tale contribuzione, aggiunta a quella a carico azienda potrà essere aumentata fino al raggiungimento della soglia annua di euro 5.164,57	1,50% minimo contrattuale
Lavoratori prima occupazione dopo il 28/04/1993	verseranno il 100%		

I contributi sono versati dal datore di lavoro sia per la sua quota che per quella a carico dell'Associato (previa trattenuta del corrispondente importo sulla retribuzione in busta paga) nonché del TFR. I versamenti vengono effettuati con periodicità mensile a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello di



ricevimento da parte dell'azienda del modulo di adesione del lavoratore.

Per costruire una rendita pensionistica complementare adeguata, l'Associato sceglierà il comparto d'investimento considerando alcune variabili:

- l'età anagrafica al momento dell'adesione;
- il tempo di permanenza nel Fondo;
- la propria situazione professionale;
- la disponibilità al rischio di perdite sul capitale e il rendimento che si desidera ottenere.

Tre sono le linee di investimento tra cui scegliere:

- Comparto garantito
- Comparto bilanciato
- Comparto dinamico

La scelta del comparto è esclusivamente personale e può essere modificata più volte nel corso del periodo di adesione al Fondo, purché vi sia una permanenza di almeno 12 mesi nella medesima linea di investimento. Ogni Associato compra alcune delle quote del comparto scelto consultando il valore della quota nella *home page* del Fondo, www.alifond.it.

Il Fondo investe le somme versate dagli Associati nel mercato finanziario ricorrendo a società specializzate (i cosiddetti gestori finanziari selezionati con gara pubblica in base alla loro capacità, affidabilità e solidità secondo le regole dettate dalla CO-VIP). L'Associato, all'atto dell'uscita dal Fondo, riceverà quindi una prestazione personalizzata (rendita e/o capitale), frutto di quanto effettivamente versato con il suo contributo, quello dell'azienda, il TFR e tutti i rendimenti ottenuti dal montante nel corso degli anni.

5.1 FISCALITÀ AGEVOLATA

Il contributo che il lavoratore ha versato durante l'anno non si cumula ai redditi da lavoro e agli altri redditi. In questo modo non si aggiunge alle altre somme che regolarmente vengono tassate in busta paga o in dichiarazione dei redditi, fino al limite annuo di € 5.164,57.

I rendimenti maturati sul capitale versato, sono tassati con un'aliquote agevolata a partire dal 12,50% fino alla massima del 20% in modo definitivo; pertanto, su tali somme non verrà più applicata altra forma di tassazione.

I montanti maturati dal primo gennaio 2007, verranno tassati con un'aliquote agevolata del 15% per i primi 15 anni di adesione al Fondo, aliquota ridotta di un ulteriore 0,30% per ogni anno di partecipazione successivo al 15° fino ad un minimo del 9%, rispetto all'ordinaria tassazione IRPEF con scaglioni a partire dal 23%.



6. LE POSSIBILITÀ D'INVESTIMENTO

L'impiego dei contributi versati avviene sulla base della scelta dell'Associato tra i vari compatti d'investimento. I contributi versati, al netto degli oneri trattenuti al momento del versamento, sono investiti in strumenti finanziari (azioni, titoli di stato ed altri titoli obbligazionari, quote di fondi comuni d'investimento), sulla base della politica di investimento definita per ciascun comparto del Fondo, e producono nel tempo un rendimento variabile in funzione degli andamenti dei mercati e delle scelte di gestione.

ALIFOND effettua una continua verifica dei rendimenti dei capitali in gestione ed è legittimato a sostituire un gestore insoddisfacente. Inoltre il Fondo, nell'assegnare i mandati di gestione, verificherà la massima diversificazione dell'investimento per garantire un rendimento stabile, non condizionato da visioni di breve periodo o da investimenti in singole Società o Istituti di credito. Gli Organi del Fondo sono soggetti ad un forte controllo per garantire la salvaguardia dei diritti dei lavoratori.

Il rendimento che si può attendere dall'investimento è strettamente legato al livello di rischio che si decide di assumere. In via generale, è consigliabile scegliere compatti con maggior rischio/rendimento all'inizio della propria carriera lavorativa e pre-diligere invece compatti con garanzia di restituzione del capitale se si è prossimi al pensionamento. Il comparto bilanciato è la

soluzione preferibile per i lavoratori che hanno già molti anni di attività ma sono lontani dal pensionamento.

6.1 IL COMPARTO GARANTITO (ALMENO 80% OBBLIGAZIONI)

È il comparto che investe principalmente in obbligazioni, ha un basso profilo di rischio, un rendimento contenuto e la garanzia della restituzione del capitale versato.

È adatto ai lavoratori prossimi al pensionamento ed a coloro che vogliono avere un rendimento moderato ma stabile nel tempo, con valori superiori o analoghi a quelli del TFR. Sono destinati a questo comparto anche i versamenti di TFR conferiti tacitamente al Fondo.

CARATTERISTICHE

Orizzonte temporale: breve periodo fino a 5 anni

Grado di rischio: basso

Rendimenti attesi: pari o superiori al TFR

Garanzia: restituzione di tutto il montante versato

6.2 IL COMPARTO BILANCIATO (65% OBBLIGAZIONI – 35% AZIONI)

È il comparto adatto a coloro che volendo aumentare il proprio capitale, desiderano però avere un rendimento medio delle somme investite e una certa continuità dei risultati e hanno una media propensione al rischio. Sono lavoratori che sanno di aderire per lunghi periodi e guardano ai risultati pluriennali del comparto e non soltanto all'andamento del singolo periodo. La politica di investimento del Fondo prevede una composizione di titoli maggiormente orientata verso il mercato obbligazionario.

Pur nell'unicità del comparto la gestione del patrimonio è affidata a gestori diversi, il rendimento del comparto è determinato dal valore medio dei rendimenti delle diverse gestioni.

CARATTERISTICHE

Orizzonte temporale: medio periodo tra 5 e 10 anni

Grado di rischio: medio

Rendimenti attesi: medio alti

Garanzia: Non c'è la garanzia di restituzione totale del montante

6.3 IL COMPARTO DINAMICO (40% OBBLIGAZIONI – 60% AZIONI)

È il Comparto adatto a coloro che ricercano rendimenti più elevati, assumendo una maggiore esposizione al rischio delle oscillazioni dei risultati nel tempo.

È adatto a coloro che hanno un'aspettativa di lunga permanenza nel Fondo e per i lavoratori giovani che sono ai primi anni della propria attività lavorativa. L'obiettivo è incrementare notevolmente il valore del capitale nel lungo periodo. Ha un rischio più elevato con una composizione di titoli maggiormente azionaria.

CARATTERISTICHE

Orizzonte temporale: medio/lungo periodo oltre i 10 anni

Grado di rischio: medio/alto

Rendimenti attesi: Alti

Garanzia: Non c'è la garanzia di restituzione totale del montante



7. PRESTAZIONI OFFERTE DA ALIFOND PRIMA DEL PENSIONAMENTO

Dal momento in cui si aderisce, è importante fare in modo che la costruzione della pensione complementare giunga effettivamente a compimento. La "fase di accumulo" si conclude quindi di norma al momento del pensionamento, quando inizierà la "fase di erogazione" (cioè, il pagamento della pensione). Ma in

alcuni casi, di seguito indicati, l'Associato può fare affidamento sulle somme accumulate.

7.1 ANTICIPAZIONE

Aderendo ad ALIFOND l'Associato può, nei casi indicati in tabella, richiedere un'anticipazione della posizione maturata nel Fondo (data dalla somma del TFR, del contributo del lavoratore del contributo azienda e degli interessi maturati). Diferentemente, lasciando il TFR in azienda, il lavoratore può richiedere un'anticipazione solo sul valore del TFR e solo una volta. Anche le anticipazioni beneficiano di una tassazione agevolata.

MOTIVO	IMPORTO ANTICIPABILE	IN QUALI CASI PUÒ ESSERE RICHIESTO	TASSAZIONE
Spese sanitarie per situazioni gravissime ed urgenti dell'aderente, del coniuge o dei figli, documentate dalle strutture competenti.	75% posizione maturata	in qualsiasi momento	15% - 9%
Acquisto o ristrutturazione della prima casa per sé o per i propri figli	75% posizione maturata	dopo 8 anni di iscrizione	23%
Ulteriori esigenze dell'aderente	30% posizione maturata	dopo 8 anni di iscrizione	23%

NB: la percezione di somme a titolo di anticipazione riduce la posizione individuale e, conseguentemente, le prestazioni che potranno essere erogate successivamente. In qualsiasi momento, tuttavia, l'Associato può reintegrare le somme percepite a titolo di anticipazione effettuando versamenti aggiuntivi al Fondo.

Gli Associati ad ALIFOND possono fare richiesta di anticipazioni anche in presenza di una cessione del quinto dello stipendio presso una società finanziaria, ma dovranno presentare al Fondo una liberatoria da parte della finanziaria stessa sull'importo richiesto. In assenza di tale documentazione la richiesta non

sarà accettata dal Fondo. Nel caso di richiesta di anticipazione per spese sanitarie, il Fondo potrà erogare unicamente i 4/5 della posizione richiesta all'aderente, lasciando vincolato 1/5 a favore della società finanziaria.

7.2 RISCATTO

In presenza di situazioni di particolare delicatezza e rilevanza, L'Associato può inoltre riscattare, in tutto o in parte, la posizione maturata, indipendentemente dagli anni che ancora mancano al raggiungimento della pensione, nei casi indicati di seguito:

RISCATTO TOTALE (100%)	TASSAZIONE
In caso di decesso dell'aderente prima del pensionamento	15% – 9%
Per invalidità permanente con riduzione della capacità a meno di 1/3	15% – 9%
Cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per più di 48 mesi	15% – 9%
RISCATTO IMMEDIATO (100% OPPURE 60%)	TASSAZIONE
Per volontà delle parti (licenziamento, dimissioni, nomina a dirigente)	23%
Cause indipendenti dalla volontà delle parti (mobilità, fallimento azienda)	23%
RISCATTO PARZIALE (50%)	TASSAZIONE
CIG o CIGS a zero ore per un periodo non inferiore	15% – 9%
Mobilità o inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 12 mesi e inferiore a 48 mesi	15% – 9%

7.3 R.I.T.A (RENDITA INTEGRATIVA TEMPORANEA ANTICIPATA)

Prestazione prevista per coloro che hanno cessato l'attività lavorativa in prossimità del pensionamento e necessitano dunque, di un "reddito ponte" di 5 o 10 anni fino al raggiungimento dei requisiti per ottenere la pensione di vecchiaia.

Le disposizioni sul trattamento fiscale della rendita-ponte prevedono una tassazione sostitutiva facoltativa (15% - 9%).

7.4 TRASFERIMENTO AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE

L'Associato può trasferire la sua posizione individuale in un'altra forma pensionistica complementare (ad es. Fondo pensione negoziale). Il trasferimento è totalmente gratuito e consente al lavoratore di conservare l'anzianità associativa maturata presso il Fondo.



8. QUALI PRESTAZIONI OFFRE ALIFOND AL PENSIONAMENTO

Le prestazioni pensionistiche possono essere erogate dal momento in cui l'Associato matura i requisiti di pensionamento previsti dalla normativa vigente, a condizione che abbia partecipato a forme pensionistiche complementari per almeno cinque anni. L'importo della prestazione pensionistica dipenderà dall'ammontare dei versamenti effettuati, dagli anni d'iscrizione al Fondo e dai rendimenti realizzati nel tempo. In base a determinati fattori, l'Associato potrà percepire la prestazione pensionistica in forma di rendita (pensione complementare) o in capitale.

- 100% RENDITA: l'intera posizione maturata viene erogata in forma di vitalizio.
- RENDITA + CAPITALE: almeno il 50% della posizione maturata viene erogata in vitalizio, il restante in capitale.
- 100% CAPITALE:
 - se convertendo il 70% della posizione maturata in rendita, questa è inferiore al 50% dell'assegno sociale;
 - l'Associato non ha maturato i 5 anni di permanenza Fondo;
 - quando l'Associato è iscritto alla previdenza complementare prima del 28 aprile 1993.

Maturare i requisiti per il pensionamento non vuole però dire, necessariamente, richiedere la prestazione al Fondo. Sarà l'Associato a decidere se chiedere la prestazione pensionistica complementare o proseguire la contribuzione (anche oltre il raggiungimento dell'età pensionabile) o interrompere la contribuzione continuando a maturare gli interessi fino a quando lo riterrà opportuno e richiedere la prestazione più avanti.

Dal 01/01/2007, la tassazione della prestazione pensionistica in capitale o in rendita è agevolata con aliquota sostitutiva del 15% - 9%.

8.1 LE RENDITE DI ALIFOND

Alifond ha stipulato apposite convenzioni, per l'erogazione delle prestazioni pensionistiche complementari in forma di rendita, con Compagnie di Assicurazioni scelte in base a rigidi parametri e criteri quali stabilità, trasparenza, certezza e sicurezza per garantire l'erogazione e la continuazione della forma previdenziale scelta. Al momento del pensionamento, l'Associato potrà optare tra diverse forme di rendita/vitalizio per garantire a se stesso, ed eventualmente ai propri cari, lo stesso tenore di vita. L'importo annuo della rendita si otterrà calcolando il montante maturato per l'età e il sesso dell'Assicurato, nonché in base alla rateizzazione e alla tipologia di rendita prescelta. In caso di rendita reversibile, il calcolo viene determinato anche con riferimento all'età e al sesso del beneficiario e alla percentuale di reversibilità della rendita stessa. L'età dell'Assicurato principale e dell'eventuale beneficiario sono calcolate alla data di decorrenza della rendita.

- **RENDITA SEMPLICE:** tale rendita è adatta per chi desidera avere l'importo più elevato a partire dalla somma trasformata in rendita, senza alcun tipo di protezione per eventuali beneficiari.
- **RENDITA REVERSIBILE:** tale rendita è adatta a chi desidera proteggere uno o più i beneficiari dall'eventuale perdita di una fonte di reddito in caso di decesso.
- **RENDITA CERTA PER 5-10 ANNI:** tale rendita è adatta a chi de-

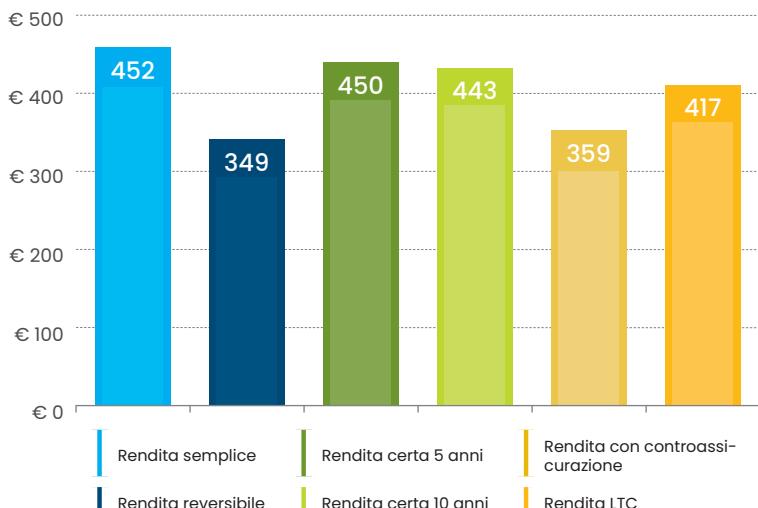
sidera proteggere i beneficiari dall'eventuale perdita di una fonte di reddito per un periodo determinato nel tempo.

- RENDITA CONTROASSICURATA: tale rendita è adatta a chi desidera proteggere i beneficiari dall'eventuale perdita di una fonte di reddito garantendo che questi possano ricevere la parte residua del capitale accantonato di quanto non è stato percepito sotto forma di rendita.
- RENDITA LTC: in caso di perdita dell'autosufficienza l'importo della rendita, se preventivamente indicato, verrà raddoppiato.

Esempio di calcolo: quanto riceverai in un anno per ogni 10.000,00 euro per ogni 10.000 euro di montante accumulato trasformato in rendita, al lordo delle tasse.

Nel grafico sono riportati i valori delle diverse soluzioni di rendite offerte dal Fondo:

- nel caso di un pensionato maschio di 67 anni,
- nell'ipotesi di rateazione mensile,
- con aliquota di reversibilità al 100% su beneficiario di sesso femminile, coetaneo del pensionato.



Valori calcolati sulla base delle attuali convenzioni in vigore (sotto l'ipotesi di pensionamento a 67 anni di un iscritto di sesso Maschile e tasso tecnico pari allo 0%)

I valori indicati si riferiscono alla somma annuale percepita sotto forma di rendita.

La rendita si rivaluta annualmente in base al rendimento prodotto dalla gestione finanziaria, a cui va sottratto il tasso tecnico che è il rendimento finanziario annuale "anticipato" in quanto già considerato nel calcolo della rendita.

ESEMPIO DI CONTRIBUTO PER OTTENERE UN DETERMINATO LIVELLO DI RENDITA VITALIZIA

MASCHI		ANNI DI CONTRIBUTIONE			
	Rendita mensile	5	10	20	35
	250 €	12.652 €	6.036 €	2.636 €	1.201 €
	500 €	25.282 €	12.051 €	5.255 €	2.389 €
	750 €	37.911 €	18.066 €	7.873 €	3.576 €
	1.000 €	50.541 €	24.082 €	10.492 €	4.764 €

FEMMINE		ANNI DI CONTRIBUTIONE			
	Rendita mensile	5	10	20	35
	250 €	14.640 €	6.964 €	3.032 €	1.377 €
	500 €	29.259 €	13.908 €	6.047 €	2.741 €
	750 €	43.877 €	20.852 €	9.062 €	4.105 €
	1.000 €	58.495 €	27.795 €	12.077 €	5.469 €

IPOTESI UTILIZZATE PER LA STIMA

Comparto Bilanciato

Pensionamento a 67 anni

Rendimento medio annuo composto nominale 2,7%

Crescita salariale 1% reale

Rendita vitalizia immediata A62I tasso tecnico 0% e 1,10% spese erogazione rendita (ipotesi Covip)

9. OPPORTUNITÀ PER GLI ASSOCIATI

Ogni Associato può partecipare alla vita del Fondo, chiedere informazioni e consulenza, controllare la propria posizione ed essere informato sulle novità in materia di previdenza complementare. Completata la procedura di iscrizione, Alifond invia una "lettera di benvenuto" al lavoratore aderente, nella quale sono indicati i dati (numero di iscrizione e password) per accedere e controllare la sua posizione direttamente dal sito web del Fondo. In caso di perdita della password di accesso alla posizione, inserendo il numero di iscrizione ed il codice fiscale nell'apposita sezione dell'area iscritti del sito web del Fondo, l'Associato riceverà immediatamente una nuova password.

9.1 PROSPETTO INFORMATIVO ANNUALE

Entro il 31 marzo di ogni anno Alifond invia ad ogni Associato un prospetto relativo al 31 dicembre dell'anno precedente contenente l'informativa sulla gestione complessiva del Fondo e l'estratto conto della posizione personale.

Tale comunicazione è disponibile anche in forma telematica all'interno dell'area riservata, accessibile, previa autenticazione (username e password in suo possesso), sul sito web del Fondo. Nell'estratto conto ogni aderente può controllare che l'ammontare dei contributi versati (azienda, lavoratore e TFR) corrisponda a quanto trattenuto nel corso dell'anno.

9.2 SIMULATORE PREVIDENZIALE

Per elaborare una stima della propria prestazione pensionistica, in base ai parametri definiti dalla Covip, l'associato può utilizzare il 'Simulatore previdenziale', con cui si elabora una stima utile per avere un'idea immediata del piano pensionistico che si può costruire e di come gli importi delle prestazioni possono modificarsi al variare, ad esempio, della contribuzione, delle scelte di investimento e dell'età di pensionamento. Tale strumento è disponibile nel sito www.alifond.it, cliccando su "Simulatore Previdenziale".

