



Dipendenti appartenenti alle Aree
Professionali e ai Quadri Direttivi
BNL

Cassa Sanitaria BNL
per il personale appartenente
alle Aree Professionali ed ai Quadri Direttivi
Via degli Aldobrandeschi 300 – 00163 Roma

Per tutte le prestazioni del piano sanitario diverse dal
Ricovero consulta

www.unisalute.it

o chiama il numero verde

800-016613

Per tutte le prestazioni dell'Area Ricovero è opportuno
contattare preventivamente

il numero verde

800-016613

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.63.89.046

orari:

8,30 – 19,30 dal lunedì al venerdì

Servizio di assistenza ai clienti

Numero Verde

800-212477

orari: **24 ore su 24 sette giorni su sette**

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

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

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

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

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della
Compagnia: www.unisalute.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e
l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità
Giudiziarla, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Guida al Piano Sanitario
Dipendenti appartenenti alle Aree Professionali ed ai
Quadri Direttivi BNL

Le prestazioni del piano sono garantite dalla Cassa Sanitaria
BNL per il tramite di:

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

SOMMARIO

| | |
|--|-----------|
| SOMMARIO | 5 |
| 1. WELCOME | 7 |
| 2. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO | 7 |
| 2.1 Se scegli una struttura convenzionata da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL | 7 |
| 2.2 Se scegli una struttura non convenzionata da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL | 9 |
| 2.3 Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale | 10 |
| 3. SERVIZI ON-LINE E MOBILE | 11 |
| 3.1 Come registrarsi al sito www.unisalute.it per accedere a Area Servizi Clienti? | 12 |
| 3.2 Come prenotare online le prestazioni presso le strutture convenzionate? | 12 |
| 3.3 Come aggiornare online i miei dati? | 13 |
| 3.4 Come consultare l'estratto conto e lo stato delle mie richieste di rimborso? | 14 |
| 3.5 Come consultare le prestazioni del Piano e le strutture convenzionate? | 14 |
| 3.6 Come posso ottenere pareri medici? | 15 |
| 3.7 Come faccio a scaricare l'app UniSalute? | 15 |
| 4. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA | 16 |
| 5. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO | 19 |
| 6. COPERTURA BASE | 20 |
| 6.1 Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio | 20 |
| 6.2 Trasporto sanitario | 22 |
| 6.3 Spese di viaggio | 22 |
| 6.4 Day-hospital a seguito di malattia e infortunio | 22 |
| 6.5 Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio | 23 |
| 6.6 Trapianti a seguito di malattia e infortunio | 23 |
| 6.7 Parto e aborto | 23 |
| 6.8 Interventi stomatologici conseguenti ad infortunio | 24 |
| 6.9 Cure di disintossicazione | 24 |
| 6.10 Interventi ricostruttivi del seno | 25 |
| 6.11 Rimpatrio della salma | 25 |
| 6.12 Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio | 25 |
| 6.13 Anticipazione dei rimborsi | 26 |
| 6.14 Indennità sostitutiva | 26 |
| 6.15 Il massimale dell'area ricovero | 26 |
| 6.16 Malattie gravi | 27 |
| 6.17 Prestazioni di alta specializzazione e altre prestazioni diagnostiche | 28 |
| 6.18 Endoscopie diagnostiche ed operative non effettuate in regime di ricovero o Day-Hospital | 29 |
| 6.19 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici | 30 |
| 6.20 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio | 31 |
| 6.21 Prevenzione (copertura operante per il solo dipendente) | 31 |
| 6.22 Copertura per stati di non autosufficienza temporanea (copertura operante per il solo dipendente) | 33 |
| 6.23 Diagnosi comparativa | 34 |
| 6.24 Odontoiatria/ortodonzia (copertura operante per il solo dipendente) | 36 |
| 6.25 Prestazioni a tariffe agevolate UniSalute | 38 |
| 6.26 Servizi di consulenza e assistenza | 38 |

| | |
|---|-----------|
| 7. COPERTURA FACOLTATIVA 1 | 41 |
| 7.1 Indennità sostitutiva per ricoveri senza intervento chirurgico diversi da infarto del miocardio, ictus cerebrale e malattie oncologiche | 41 |
| 7.2 Prestazioni di alta specializzazione e altre prestazioni diagnostiche | 41 |
| 7.3 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici | 41 |
| 7.4 Ticket per visite specialistiche e accertamenti diagnostici | 42 |
| 7.5 Lenti | 42 |
| 7.6 Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero | 42 |
| 7.7 Prevenzione odontoiatrica (copertura operante per il solo dipendente) | 43 |
| 8. COPERTURA FACOLTATIVA 2 | 44 |
| 8.1 Odontoiatria/ortodonzia | 44 |
| 9. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO | 45 |
| 10. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI | 47 |
| 10.1 Estensione territoriale | 47 |
| 10.2 Limiti di età | 47 |
| 10.3 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute) | 47 |
| 10.4 Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno? | 48 |
| 11. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI | 49 |
| GLOSSARIO | 52 |

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO, INFORMATIVA PRIVACY
 SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA (a centro guida)

GLOSSARIO (a fine guida)

1. WELCOME

La "Guida al Piano sanitario" è un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo della copertura sanitaria. All'interno della Guida trovi l'indicazione delle modalità da seguire qualora tu debba utilizzare il Piano. Ti consigliamo di attenerti a queste modalità, così da poterti assistere con la sollecitudine che ci è propria.

I servizi online offerti da UniSalute

Su www.unisalute.it, hai a disposizione un'area riservata con pratiche funzioni online che velocizzano e semplificano tutte le operazioni legate all'utilizzo del Piano sanitario.

I servizi online sono attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno e sono disponibili anche in versione mobile per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il capitolo 3 della presente Guida.

2. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

2.1. Se scegli una struttura convenzionata da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL

UniSalute ha predisposto un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private. Tutti i centri garantiscono un'ottima offerta in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di vantaggi rilevanti:

- non devi sostenere alcun esborso di denaro (fatto salvo quanto previsto dal Piano alle singole coperture) perché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano sanitario, diverse dal Ricovero, puoi utilizzare la funzione di Prenotazione visite/esami presente nell'Area Riservata ai Clienti del sito www.unisalute.it. La funzione per mette di sapere

immediatamente se la prestazione è coperta dal Piano Sanitario e conoscere quale struttura sanitaria convenzionata risponde meglio alle tue esigenze. In alternativa contatta la Centrale Operativa al numero verde 800-016613;

- l'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari che garantiscono alti livelli di qualità e di efficienza.



Conferma prenotazione in 24h

Prenota online e usufruisci del servizio di prenotazione veloce: nelle strutture segnalate, ti comunichiamo la disponibilità dell'appuntamento entro un giorno lavorativo dalla tua richiesta.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata da UniSalute), dovrai presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la tua identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrai sottoscrivere il modulo contenente gli impegni assunti al momento dell'ammissione nell'istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute). All'atto della dimissione dall'istituto di cura dovrai solo firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la prescrizione contenente la richiesta di ricovero, così che possa essere unita alla documentazione.

UniSalute, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate con i limiti previsti. Dovrai firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero dovrai firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

Dovrai sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario, argomento che affronteremo in

dettaglio più avanti.

L'elenco, sempre aggiornato, è disponibile su www.unisalute.it nell'Area Servizi Clienti o telefonando alla Centrale Operativa.

Importante

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

2.2. Se scegli una struttura non convenzionata da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario prevede anche la facoltà di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute. In questo caso il rimborso delle spese sostenute avverrà con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni. Indichiamo di seguito la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto nelle singole coperture del Piano sanitario.

Una volta effettuata la prestazione, dovrai saldare le fatture e le note spese. Per richiederne il rimborso devi inviare a Cassa Sanitaria BNL, via degli Aldobrandeschi, 300 - 00163 Roma la documentazione necessaria:

- il modulo di richiesta rimborso compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla presente Guida oppure sul sito www.unisalute.it;
- in caso di ricovero, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di indennità giornaliera per ricovero, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

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

- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in COPIA in cui risulti il quietanziamento. Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto da UniSalute.

Ai fini di una corretta valutazione della richiesta di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'iscritto viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UniSalute della documentazione di cui sopra.

E' bene sapere che dovrai consentire controlli medici eventualmente disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente alla malattia denunciata, anche mediante il rilascio di una specifica autorizzazione la quale serve per superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

2.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se decidi di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano Sanitario predispone che:

- Se sostieni delle spese per ticket sanitari, queste vengono integralmente rimborsate.

Per richiedere il rimborso dei ticket puoi utilizzare il Modulo di rimborso allegato alla presente Guida e inviarlo insieme a copia della documentazione a: Cassa Sanitaria BNL, via degli Aldobrandeschi, 300 - 00163 - Roma.

3. SERVIZI ON-LINE E MOBILE

L'utilizzo di internet permette di accedere a comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo le operazioni di prenotazione, rimborso e aggiornamento dei dati.

Sul sito www.unisalute.it all'interno dell'Area Servizi Clienti puoi:

- prenotare direttamente online presso le strutture convenzionate le visite o gli esami non connessi ad un ricovero e ricevere conferma dell'appuntamento in 24h;
- verificare e aggiornare i tuoi dati e le tue coordinate bancarie;
- consultare l'estratto conto con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le prestazioni del tuo Piano sanitario;
- consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate;
- ottenere pareri medici.



3.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area Servizi Clienti?

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti sul sito UniSalute

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia Username e Password?

Nella home page del sito www.unisalute.it accedi alla funzione "Registrati" e compila la maschera con i dati richiesti.

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri. Inoltre la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico ti indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul bottone "Non ricordi password?" sulla home page e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

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



Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.

Una volta effettuato il log-in al sito, basta accedere alla sezione "Prenotazione visite ed esami". In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;

- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.

! **Conferma prenotazione in 24h**
 Prenota online e usufruisci del servizio di prenotazione veloce: nelle strutture segnalate, ti comunichiamo la disponibilità dell'appuntamento entro un giorno lavorativo dalla tua richiesta.

3.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Estratto conto sinistri e aggiornamento dati

Visualizza lo stato delle tue richieste di rimborso e il dettaglio dei tuoi pagamenti.

Puoi inoltre aggiornare i tuoi contatti e il codice IBAN utile per i tuoi rimborsi.

Entra nell'Area Servizi Clienti, accedi alla sezione "Estratto conto sinistri e aggiornamento dati" e seleziona la funzione di interesse.

In base alle tue esigenze puoi:

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

! **Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS**
 Ricevi conferma dell'appuntamento fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento; comunicazione dell'autorizzazione ad effettuare la prestazione; richiesta del codice IBAN, se mancante; conferma dell'avvenuto rimborso.

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

Estratto conto sinistri e aggiornamento dati

Visualizza lo stato delle tue richieste di rimborso e il dettaglio dei tuoi pagamenti.

Puoi inoltre aggiornare i tuoi contatti e il codice IBAN utile per i tuoi rimborsi.

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e accedi alla sezione "Estratto conto sinistri e aggiornamento dati".

L'estratto conto online è stato realizzato per fornirti un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle tue richieste di rimborso.

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

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

3.5. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?

Prestazioni e strutture convenzionate

Consulta le prestazioni del tuo Piano sanitario. Troverai tutte le risposte che cerchi.

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e accedi alla sezione "Prestazioni e strutture convenzionate".

Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano Sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

3.6. Come posso ottenere pareri medici?

Nell'Area Servizi Clienti hai a disposizione la funzione "Il medico risponde", attraverso la quale puoi ottenere pareri medici on-line, direttamente sulla tua mail. Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere.

Entra ed invia le tue domande ai nostri medici. Ti risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

3.7. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è disponibile per smartphone e tablet e può essere scaricata gratuitamente da App Store e Play Store. Accedi allo store e cerca "UniSalute" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

AREA RISERVATA AI CLIENTI

Accedi con le stesse credenziali che utilizzi per entrare nell'Area Servizi Clienti su www.unisalute.it e consulta ovunque ti trovi le tue funzioni riservate.

PREVENZIONE ONLINE

Utili test per la salute:

- test visivo;
- test audiometrico;
- qualità del sonno;
- prevenzione dentale: uno strumento "per grandi e piccoli" per una corretta igiene orale.

4. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

1) COPERTURA BASE

La copertura è prestata a favore dei dipendenti appartenenti alle Aree Professionali ed ai Quadri Direttivi iscritti alla "Cassa Sanitaria BNL per il Personale appartenente alle Aree Professionali ed ai Quadri Direttivi", e dei relativi nuclei familiari risultanti dallo stato di famiglia che abbiano aderito alla copertura. Per nucleo familiare si intende:

- 1) il coniuge anche se non convivente purché non legalmente separato
- 2) i figli conviventi con il dipendente o con il coniuge così come descritto al precedente punto 1)
- 3) i figli anche non conviventi ma a carico del dipendente fino al compimento del 26° anno di età
- 4) i figli di età superiore a 26 anni purché conviventi
- 5) è equiparato al coniuge il convivente more uxorio purché risultante dal certificato di famiglia o documento equivalente. Sono equiparati ai figli gli affidatari o gli adottivi.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo a carico del dipendente, ad "altri familiari conviventi" intendendo per tali i genitori, i fratelli e le sorelle, i nipoti del titolare. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia. La copertura può essere altresì estesa ai figli fiscalmente non a carico e non conviventi di età superiore ai 26 anni.

Se il dipendente decide di non aderire alla copertura nei termini di cui al precedente capoverso, non gli sarà più possibile attivarla successivamente.

Si intendono equiparati ai dipendenti in servizio, i dipendenti con rapporto di lavoro sospeso o con distacco convenzionale. Per le predette persone la copertura avrà effetto solo dopo indicazione nominativa del dipendente.

BNL ha raggiunto un accordo con i dipendenti per l'agevolazione agli esodi, ai sensi dell'art. 59 3° comma della Legge 449/97, che consentirà al personale stesso, al quale non manchino più di 60 mesi per maturare il diritto al trattamento pensionistico, di risolvere consensualmente il rapporto di lavoro a fronte della corresponsione di un'indennità di agevolazione.

I titolari dell'indennità dell'agevolazione all'esodo si intendono parificati ai dipendenti della Banca, alle condizioni tutte prestate dalla presente polizza per il dipendente e per tutto il suo nucleo familiare, ivi compreso l'allineamento facoltativo della copertura del nucleo familiare a quello del dipendente.

Alla fine dell'annualità, in cui terminerà l'agevolazione, i suddetti titolari avranno il diritto di aderire alla polizza alle stesse condizioni previste per i pensionati.

2) COPERTURA FACOLTATIVA 1

La "Copertura Facoltativa 1" è prestata a favore dei dipendenti appartenenti alle Aree Professionali ed ai Quadri Direttivi e dei relativi nuclei familiari risultanti dallo stato di famiglia già coperti con il piano sanitario BASE, che abbiano volontariamente aderito alla copertura. La "Copertura Facoltativa 1" non è attivabile per gli "altri familiari conviventi" (vedi punto precedente).

3) COPERTURA FACOLTATIVA 2

La "Copertura Facoltativa 2" è prestata esclusivamente a favore dei dipendenti appartenenti alle Aree Professionali ed ai Quadri Direttivi già coperti con il piano sanitario BASE e con la "Copertura Facoltativa 1" che abbiano volontariamente aderito alla copertura.

5. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti garanzie:

COPERTURA BASE

- Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio;
- Day-hospital a seguito di malattia e infortunio;
- Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio;
- Parto e aborto;
- Malattie gravi;
- Prestazioni di alta specializzazione e altre prestazioni diagnostiche;
- Endoscopie diagnostiche ed operative non effettuate in regime di ricovero o Day-Hospital;
- Visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
- Prevenzione (copertura operante per il solo dipendente);
- Copertura per stati di non autosufficienza temporanea (copertura operante per il solo dipendente);
- Diagnosi comparativa;
- Odontoiatria/Ortodonzia (copertura operante per il solo titolare)
- Prestazioni a tariffe agevolate UniSalute
- Servizi di consulenza e assistenza.

COPERTURA FACOLTATIVA 1 (da acquistare obbligatoriamente per poter aderire alla copertura facoltativa 2)

- Indennità sostitutiva per ricoveri senza intervento chirurgico diversi da infarto del miocardio, ictus cerebrale e malattie oncologiche;
- Aumento del massimale per Prestazioni di alta specializzazione;
- Aumento del massimale per Visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- Ticket per visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- Lenti;
- Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- Prevenzione odontoiatrica (copertura valida per il solo dipendente)

COPERTURA FACOLTATIVA 2 (copertura valida per il solo dipendente)

- Odontoiatria/ortodonzia (incremento massimale)

6. COPERTURA BASE

6.1. Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Se l'iscritto viene ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

| | |
|--|--|
| Pre-ricovero | Esami, accertamenti diagnostici, onorari medici (incluse terapie mediche) effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), dritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi e le protesi anatomiche. |
| Intervento chirurgico | Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero. |
| Assistenza medica, medicinali, cure | Non sono comprese in copertura le spese volontarie. |
| Rette di degenza | Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato da UniSalute per cassa sanitaria BNL, la copertura è prestata nel limite di € 26,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per ricovero. |
| Accompagnatore | Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 26,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per ricovero. |
| Assistenza infermieristica privata individuale | Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura. |
| Post-ricovero | Protesi ortopediche acquistate nei 90 giorni successivi al ricovero nel limite annuo di € 1.050,00 per nucleo familiare. (In Ortopedia le protesi sono componenti atte a sostituire in parte o completamente un segmento scheletrico del corpo umano per cause acquisite come un evento traumatico o per cause congenite, restituendo immagine corporea e funzionalità.) |
| Protesi ortopediche | |

- Modalità di erogazione delle prestazioni in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL ed effettuate da medici convenzionati

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse dalla Cassa Sanitaria BNL tramite

UniSalute, con l'applicazione di una franchigia di € 600,00, ad eccezione delle garanzie "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Protesi ortopediche" che prevedono specifici limiti. Tale franchigia dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

Nel caso di ricoveri dovuti a grandi interventi chirurgici, intendendo per tali quelli elencati al successivo paragrafo 11, la liquidazione avverrà senza l'applicazione di franchigie e scoperti.

- **Modalità di erogazione delle prestazioni in caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL**

Le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del 20% a carico dell'iscritto con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 e con un massimo non indennizzabile di € 4.000,00, ad eccezione delle garanzie "Accompagnatore", "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Protesi ortopediche" che prevedono specifici limiti.

Nel caso di ricoveri dovuti a grandi interventi chirurgici, intendendo per tali quelli elencati al successivo paragrafo 11, le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del 15% a carico dell'iscritto con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 e con un massimo non indennizzabile di € 2.500,00, ad eccezione delle garanzie "Accompagnatore", "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Protesi ortopediche" che prevedono specifici limiti.

- **Modalità di erogazione delle prestazioni in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL ed effettuate da medici non convenzionati**

→ Le spese relative alle competenze fatturate dalle strutture convenzionate vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, con l'applicazione di una franchigia di € 600,00, ad eccezione delle garanzie "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Protesi ortopediche" che prevedono specifici limiti. Tale franchigia dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

→ Le spese relative alle prestazioni non fatturate dalla struttura (onorari fatturati dall'equipe medica, spese per accompagnatore, ecc.) vengono rimborsate lasciando una quota del 20% a carico dell'iscritto con il minimo non indennizzabile di € 520,00 e con un massimo non indennizzabile di € 3.400,00, ad eccezione delle garanzie "Accompagnatore", "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Protesi ortopediche" che prevedono specifici limiti.

Nel caso di ricoveri dovuti a grandi interventi chirurgici, intendendo per tali quelli elencati al successivo paragrafo 11, le spese relative alle competenze fatturate dalle strutture convenzionate vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute senza l'applicazione di franchigie e scoperti; le spese relative alle prestazioni non fatturate dalla struttura (onorari fatturati dall'equipe medica, spese per accompagnatore, ecc.) vengono rimborsate lasciando una quota del 15% a carico dell'iscritto con il minimo non indennizzabile di € 750,00 e con un massimo non indennizzabile di € 2.500,00, ad eccezione delle garanzie "Accompagnatore", "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Protesi ortopediche" che prevedono specifici limiti.

- **Modalità di erogazione delle prestazioni in caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

In questo caso verrà attivata la copertura di cui al successivo punto 6.14 "Indennità sostitutiva".

Se l'iscritto sostiene delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, queste verranno rimborsate integralmente nei limiti previsti ai diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva di cui al punto 6.14.

6.2. Trasporto sanitario

Il piano sanitario rimborsa le spese di trasporto dell'iscritto in ambulanza, elimbulanza, jet sanitario o qualsiasi mezzo di locomozione abilitato al trasporto sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 5.200,00 per anno e per persona.

6.3. Spese di viaggio

Il piano sanitario rimborsa le spese di viaggio dell'iscritto per ricovero con intervento chirurgico, sia in Italia che all'estero con mezzi di linea, con il massimo di € 2.600,00 per anno e per persona.

6.4. Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte ai paragrafi 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", 6.2 "Trasporto sanitario" e 6.3 "Spese di viaggio" con i relativi limiti in essi indicati.

Questa copertura non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

6.5. Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo 6.1. "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" punti "pre-ricovero", "intervento chirurgico", "assistenza medica, medicinali, cure", "post-ricovero", "Protesi ortopediche", 6.2 "Trasporto sanitario" e 6.3 "Spese di viaggio", con i relativi limiti in essi indicati.

6.6. Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, comunque rientranti nell'elenco dei grandi interventi chirurgici, Cassa Sanitaria BNI tramite UniSalute liquida, senza l'applicazione di scoperti o franchigie, le spese previste ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", 6.2 "Trasporto sanitario" e 6.3 "Spese di viaggio" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la copertura 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. La copertura è inoltre operante anche per le spese sostenute dagli Iscritti che volontariamente donino propri organi a terzi anche se non coperti con la presente polizza.

6.7. Parto e aborto

6.7.1 Parto cesareo e aborto terapeutico o spontaneo (che implicano intervento chirurgico)

In caso di parto cesareo o aborto terapeutico o spontaneo (che implichi intervento chirurgico), Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", 6.2 "Trasporto sanitario" e 6.3 "Spese di viaggio" con il relativo limite in esso indicato. Le spese sostenute verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

La copertura è prestata fino ad un massimo di € 6.000,00 per anno e per nucleo familiare, in strutture convenzionate e non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per le sole garanzie "Trasporto sanitario" e "Spese di viaggio".

6.7.2 Parto non cesareo e aborto terapeutico o spontaneo (che non implicano intervento chirurgico)

In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico o spontaneo (che non implichi intervento chirurgico), Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 6.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

Le spese sostenute verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

La copertura è prestata fino ad un massimo di € 3.000,00 per anno e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie.

6.8. Interventi stomatologici conseguenti ad infortunio

In deroga a quanto previsto al paragrafo 7 "Casi di non operatività del piano" al punto 2, il piano sanitario liquida all'Iscritto le spese sostenute per cure dentarie e parodontarie - compreso il costo delle relative protesi totali e/o parziali - a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza, che abbia comportato ricovero con intervento chirurgico odontoiatrico documentato da cartella clinica - anche in regime di Day-Hospital chirurgico.

Per l'attivazione della copertura è necessaria la presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

Si intendono operanti le garanzie, i limiti ed i massimali previsti ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", 6.2 "Trasporto sanitario" e 6.3 "Spese di viaggio".

Tali infortuni possono essere avvenuti anche nel corso delle due precedenti annualità assicurative purché vengano adeguatamente documentati sia l'infortunio che il precedente ricovero.

6.9. Cure di disintossicazione

In caso di cure di disintossicazione, il piano sanitario liquida all'Iscritto

le spese previste ai punti 6.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 6.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in esso indicati.

Il massimale annuo è di € 3.620,00 per nucleo familiare.

6.10. Interventi ricostruttivi del seno

Il piano sanitario comprende in copertura gli interventi ricostruttivi del seno, comprese le prestazioni di riallineamento, a seguito di:

- mastectomia effettuata nel corso di validità della polizza;
- mastectomia o interventi ricostruttivi avvenuti nel corso delle tre annualità precedenti all'effetto di polizza purché sia fornita copia della cartella clinica della precedente mastectomia.

Si intendono operanti le garanzie, i limiti ed i massimali previsti ai punti 6.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", 6.2 "Trasporto sanitario" e 6.3 "Spese di viaggio".

6.11. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, Cassa Sanitaria BNL, tramite UniSalute, rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.050,00 per anno e per persona.

6.12. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio

Il piano sanitario, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica.

Cassa Sanitaria BNL tramite 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.

La copertura può essere erogata, nella modalità di rimborso, anche presso strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate secondo le modalità previste al punto 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio".

Il massimale annuo è di € 10.000,00 per persona.

6.13. Anticipazione dei rimborsi

Nei casi di ricovero per i quali l'istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo, Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, corrisponde - su richiesta dell'iscritto - l'importo versato a tale titolo entro l'80% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

Se l'iscritto fornisce, su dichiarazione dell'istituto di cura, l'ammontare preciso del rimborso, Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute provvederà a corrispondere l'anticipo fino al 90% della spesa prevista nei limiti contrattuali.

A richiesta dell'iscritto, per richieste superiori ai € 2.600,00 potranno essere anticipati sia l'importo da versare quale deposito preventivo per il ricovero, sia le spese previste e detagliate con preventivo nella misura dell'80% del massimale con saldo a fine ricovero a esibizione della documentazione sanitaria e delle fatture saldate.

Nel caso di prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL ed effettuate da medici non convenzionati, le anticipazioni verranno erogate solo sulle spese degli onorari dei medici non convenzionati.

6.14. Indennità sostitutiva

In caso di ricovero per intervento chirurgico, ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infarto del miocardio e/o ictus cerebrale, ricovero senza intervento chirurgico a seguito di malattia oncologica, day-hospital chirurgico, se l'iscritto non richiede alcun rimborso a Cassa Sanitaria BNL, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di pre e post ricovero di cui al paragrafo 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" punti "Pre-ricovero" e "Post ricovero" avrà diritto a un'indennità di € 70,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

Le spese relative alle garanzie di pre e post ricovero in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti ed assoggettate ad un massimale annuo per nucleo familiare pari a € 2.000,00.

6.15. Il massimale dell'area ricovero

Con massimale si intende la spesa massima che il Piano Sanitario si impegna ad erogare all'iscritto per le relative garanzie e/o prestazioni previste. Il Piano Sanitario prevede quindi un massimale che ammonta

a € 350.000,00 per anno e per nucleo familiare.
 Questo significa che se durante l'anno questo importo viene raggiunto non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni.
 La copertura riprenderà l'anno successivo e con il nuovo pagamento di contributo, per gli eventi che dovessero accadere nel nuovo periodo.

6.16. Malattie gravi

Il piano sanitario liquida le spese relative a:

- Chemioterapia, cobaltoterapia e terapie radianti, laser e simili (da effettuarsi sia in regime di ricovero o Day-Hospital che in regime di extra ricovero);
- Fisioterapia riabilitativa;
- Visite, accertamenti diagnostici, analisi e terapie;
- Infiltrazioni retrobulbari ed intravitreali (da effettuarsi sia in regime di ricovero o Day-Hospital che in regime di extra ricovero)
- Spese infermieristiche nel limite di € 30,00 al giorno per un massimo 20 giorni per anno e per persona.

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

- Malattie oncologiche;
- Malattie del sangue;
- AIDS;
- Diabete complicato;
- Cure successive a interventi chirurgici a carico del cuore;
- Ictus cerebrale: incidente cerebrovascolare risultante in un danno neurologico permanente ad esclusione degli attacchi ischemici temporanei (TIA);
- Sclerosi multipla definitiva, diagnosticata da neurologo da almeno 6 mesi.
- Maculopatia degenerativa

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato** da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'iscritto si rivolga a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato da UniSalute** per Cassa Sanitaria BNL, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, Cassa Sanitaria BNI tramite UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto.

Il massimale annuo è di € 40.000,00 per nucleo familiare.

6.17. Prestazioni di alta specializzazione e altre prestazioni diagnostiche

6.17.1 Prestazioni di alta specializzazione

| | |
|---|---|
| <p>Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angiografia • Artrografia • Broncografia • Cisternografia • Cistografia • Cistouretrografia • Clisma opaco • Colangiografia intravenosa • Colangiografia percutanea (PTC) • Colangiografia trans Kehr • Colecistografia • Dacriocistografia • Defecografia • Fistelografia • Flebografia • Fluorangiografia • Galattografia • Isterosalpingografia • Linfografia • Mielografia • Retinografia • Rx esofago con mezzo di contrasto • Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto • Scialografia | <ul style="list-style-type: none"> • Rx tenue e colon con mezzo di contrasto • Splenoportografia • Urografia • Vesiculodeferentografia • Videoangiografia • Wirsunggrafia <p>Accertamenti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecocardiografia • Elettroencefalogramma • Elettromiografia • Mammografia o Mammografia Digitale • PET • Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN) • Scintigrafia • Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale) <p>Terapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chemioterapia • Cobaltoterapia • Dialisi • Laserterapia a scopo fisioterapico • Radioterapia |
|---|---|

6.17.2 Altre prestazioni diagnostiche (copertura valida solo per le Aree Professionali e ed i Quadri Direttivi di I e II livello assunti prima del 1999 e tutti i Quadri Direttivi di III e IV livello)

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- ecografia
- doppler

6.17.3 Modalità di erogazione delle prestazioni e massimale iscritto

Nel caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e di *personale convenzionato da UniSalute* per con Cassa Sanitaria BNL, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, con l'applicazione di una franchigia di € 45,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Tale franchigia dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'iscritto si rivolga a *strutture sanitarie* o a *personale non convenzionato da UniSalute* per Cassa Sanitaria BNL, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, è necessario che l'iscritto allegghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del *Servizio Sanitario Nazionale*, Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria BNL, è necessario che l'iscritto allegghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il massimale annuo è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

6.18. Endoscopie diagnostiche ed operative non effettuate in regime di ricovero o Day-Hospital

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese di tutte le prestazioni endoscopiche sia a scopo diagnostico che terapeutico; rientrano pertanto in tale copertura anche eventuali asportazioni (per esempio biopsie, polipectomie, ecc.) se eseguite contestualmente all'accertamento endoscopico.

Nel caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e di *personale convenzionato da UniSalute* per con Cassa Sanitaria BNL, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, con l'applicazione di una franchigia di € 45,00 per ogni accertamento diagnostico/trattamento terapeutico.

Tale franchigia dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Se l'iscritto si rivolge a *strutture sanitarie* o a *personale non convenzionato da UniSalute* per Cassa Sanitaria BNL, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per ogni accertamento diagnostico/trattamento terapeutico. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, è necessario che l'iscritto allegghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Se l'iscritto si avvale del *Servizio Sanitario Nazionale*, Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, è necessario che l'iscritto allegghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il massimale annuo è di € 2.000,00 per nucleo familiare.

6.19. 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 in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia. 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 da UniSalute* per Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente da Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di € 45,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Tale franchigia dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'iscritto dovrà inoltre presentare alla

struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'iscritto si rivolga a *strutture sanitarie o a personale non convenzionato da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL*, o nel caso in cui l'iscritto si avvalga del *Servizio Sanitario Nazionale*, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, è necessario che l'iscritto alleggi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il massimale annuo è di € 1.000,00 per nucleo familiare.

6.20. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Il piano sanitario prevede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte 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. Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Le spese sostenute vengono sempre rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 75,00 per ogni ciclo di terapia. Ciò vale per le strutture sanitarie convenzionate, per quelle non convenzionate e per il Servizio Sanitario Nazionale.

Il massimale annuo è di € 350,00 per nucleo familiare.

6.21. Prevenzione (copertura operante per il solo dipendente)

Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute prevede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

- 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
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- 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

- Pap test
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei cinquant'anni

- Radiografia del torace (in due proiezioni)
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecodoppler tronchi sovraortici

Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei quarantacinque anni

- Ecodoppler tronchi sovraortici
- Radiografia del torace (in due proiezioni)
- Mammografia bilaterale

6.22. Copertura per stati di non autosufficienza temporanea (copertura operante per il solo dipendente)

6.22.1 Definizione della copertura

Il piano sanitario garantisce 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 uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto 6.22.3 "Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo". La copertura si attiva solo nel caso di stato di non autosufficienza temporaneo.

6.22.2 Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della presente copertura, l'iscritto non deve rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità al momento dell'inserimento nella polizza o in data posteriore nel caso in cui l'iscritto venga incluso nella polizza successivamente.

1. Avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare.
2. Trovarsi nelle condizioni di poter usufruire di una pensione di invalidità o di poter richiedere una rendita per invalidità

permanente che corrisponda a un livello di invalidità superiore al 40%.

3. Presentare postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

6.22.3 Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporaneo l'iscritto che presenti la necessità dell'aiuto di un terzo per compiere almeno tre dei seguenti atti:

- Spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- Lavarsi (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale);
- Vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali);
- Nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile).

Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute corrisponde l'importo garantito quale somma assicurata per il periodo computato in giorni per i quali perdura lo stato di non autosufficienza temporaneo.

6.22.4 Somma garantita

L'importo mensile garantito nel caso in cui l'iscritto si trovi nelle condizioni indicate al precedente punto 6.22.3 "Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo" corrisponde a € 500,00 per persona.

6.23. Diagnosi comparativa

Il piano sanitario dà 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 800-016613, l'iscritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute mette a disposizione dell'iscritto i seguenti servizi:

1. **Consulenza Internazionale.** Cassa Sanitaria BNL tramite 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 medica richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. **Trova il Medico.** Cassa Sanitaria BNL tramite 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.** Se l'iscritto intende 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 copertura, 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.

6.24. Odontoiatria/ortodonzia (copertura operante per il solo dipendente)

In deroga a quanto previsto al paragrafo 9 "Casi di non operatività del piano" al punto 2, il piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sottoindicate.

Ai fini dell'operatività della copertura, nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate ed il relativo costo.

6.24.1 Accertamenti diagnostici odontoiatrici

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- ortopantomografia
- dentalscan
- telecrania

Per l'attivazione della copertura è necessaria la prescrizione del dentista contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

6.24.2 Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative.

Rientrano in copertura eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

6.24.3 Modalità di erogazione delle prestazioni e massimale

Nel caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e di *personale convenzionato da UniSalute* per Cassa Sanitaria BNL, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, con l'applicazione di uno scoperto del 20%. Tale scoperto dovrà essere versato dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

Gli eventuali importi di spesa eccedenti i massimali annui in copertura dovranno essere versati dall'iscritto alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

Se l'iscritto si rivolge a *strutture sanitarie* o a *personale non convenzionato da UniSalute* per Cassa Sanitaria BNL, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 70% con il minimo non indennizzabile di € 150,00 per fattura. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, è necessario che l'iscritto allegghi alla fattura la scheda anamnestica odontoiatrica allegata alla presente guida.

Se l'iscritto si avvale del *Servizio Sanitario Nazionale*, Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, è necessario che l'iscritto allegghi alla fattura la scheda anamnestica odontoiatrica allegata alla presente guida.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 800,00 per dipendente. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato da UniSalute per Cassa sanitaria BNL è previsto un sottomassimale annuo di € 650,00 per dipendente.

6.25. Prestazioni a tariffe agevolate UniSalute

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa l'invio alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

6.26. Servizi di consulenza e assistenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-016613 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 051.6389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione di prestazioni sanitarie garantite nel piano sanitario solamente nelle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL.

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

c) Pareri medici immediati

Se per infortunio o malattia l'iscritto necessita di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Invio di un medico

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

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire, la Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'iscritto in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino sostenendo le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Se per infortunio o malattia, l'iscritto necessita di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà di rettamento un'autoambulanza sostenendo la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

f) Trasferimento in centro medico specializzato

Se per infortunio o malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'iscritto e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'iscritto e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa 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 tra quelli sotto elencati:

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa con spese a carico di UniSalute.

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

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i

presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'iscritto.

All'estero

In collaborazione con IMA Italia Assistance S.p.A., Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute vi offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia + 051 4161781.

g) Viaggio di un familiare all'estero

Se per malattia o per infortunio, l'iscritto necessita di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, 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 € 103,29 per sinistro.

h) Invio di medicinali urgenti all'estero

Se per infortunio o malattia l'iscritto abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irripetibili sul posto (sempre che siano commercializzati in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarli 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.

i) 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 Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'iscritto in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa 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, prima classe e, se necessario, in vagone letto
- autoambulanza senza limiti di percorso

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

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

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'iscritto di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'iscritto, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, se ne è in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

7. COPERTURA FACOLTATIVA 1

(da acquistare obbligatoriamente per poter aderire alla copertura facoltativa 2)

7.1. Indennità sostitutiva per ricoveri senza intervento chirurgico diversi da infarto del miocardio, ictus cerebrale e malattie oncologiche

Se l'iscritto non richiede alcun rimborso a Cassa Sanitaria BNL, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di pre e post ricovero di cui al paragrafo 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" punti "Pre- ricovero" e "Post ricovero" avrà diritto a un'indennità di € 70,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero. Le spese relative alle garanzie di pre e post ricovero in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti ed assoggettate ad un massimale annuo per nucleo familiare pari a € 2.000,00.

Resta fermo il massimale annuo di € 350.000,00 per nucleo familiare di cui al punto 6.15 "Il massimale dell'area ricovero" della Copertura Base.

7.2. Prestazioni di alta specializzazione e altre prestazioni diagnostiche

Il massimale annuo in copertura di € 5.000,00 per nucleo familiare di cui al paragrafo 6.17 "Prestazioni di alta specializzazione e altre prestazioni diagnostiche" punto 6.17.3 della Copertura Base, si intende elevato ad € 10.000,00 per anno e nucleo familiare.

7.3. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il massimale annuo di € 1.000,00 per nucleo familiare di cui al paragrafo 6.19 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" della

Copertura Base si intende elevato ad € 1.600,00 per anno e nucleo familiare.

7.4. Ticket per visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il piano sanitario prevede al rimborso dei ticket sanitari per visite specialistiche e accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

Le spese sostenute verranno rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 10,00 per ogni ticket.

Il massimale annuo è di € 360,00 per nucleo familiare.

7.5. Lenti

Il piano sanitario rimborsa all'iscritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto.

Le spese sostenute verranno rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per fattura.

Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

Il massimale annuo è di € 200,00 per nucleo familiare.

7.6. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

In deroga a quanto previsto al paragrafo 9 "Casi di non operatività del piano" al punto 3, Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

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

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- Radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- Radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Nel caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e di *personale convenzionato da UniSalute* per Cassa Sanitaria BNL, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Se l'iscritto si rivolge a *strutture sanitarie* o a *personale non convenzionato da UniSalute* per Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Se l'iscritto si avvale del *Servizio Sanitario Nazionale*, Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto.

Il massimale annuo è di € 2.500,00 per l'iscritto.

7.7. Prevenzione odontoiatrica (copertura operante per il solo dipendente)

In deroga a quanto previsto al paragrafo 9 "Casi di non operatività del piano" al punto 3, Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale fanno in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni sotto indicate, che costituiscono la prevenzione, devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

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

Se, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontra, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta

di igiene orale nell'arco dello stesso anno, Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

8. COPERTURA FACOLTATIVA 2

(copertura valida per il solo dipendente – per poter aderire alla presente copertura è obbligatorio aver attivato la COPERTURA FACOLTATIVA 1)

8.1. Odontoiatria/ortodonzia

In deroga a quanto previsto al paragrafo 9 "Casi di non operatività del piano" al punto 2, il piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sottoindicate.

Ai fini dell'operatività della copertura, nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate ed il relativo costo.

8.1.1 Accertamenti diagnostici odontoiatrici

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- ortopantomografia
- dentalscan
- telecranio

Per l'attivazione della copertura è necessaria la prescrizione del dentista contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

8.1.2 Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative. In aggiunta a quanto previsto al punto 7.7 "Prevenzione odontoiatrica (copertura operante per il solo dipendente)", rientrano in copertura eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

8.1.3 Modalità di erogazione delle prestazioni e massimale

Nel caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e di *personale*

convenzionato da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, con l'applicazione di uno scoperto del 20%. Tale scoperto dovrà essere versato dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

Gli eventuali importi di spesa eccedenti i massimali annui in copertura dovranno essere versati dall'iscritto alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

Se l'iscritto si rivolge a a *strutture sanitarie* o a *personale non convenzionato da UniSalute* per Cassa Sanitaria BNL, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 70% con il minimo non indennizzabile di € 150,00 per fattura. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, è necessario che l'iscritto allegghi alla fattura la scheda anamnestica odontoiatrica allegata alla presente guida. Se l'iscritto si avvale del *Servizio Sanitario Nazionale*, Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, è necessario che l'iscritto allegghi alla fattura la scheda anamnestica odontoiatrica allegata alla presente guida.

Il massimale annuo è di € 1.800,00 per dipendente. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL è previsto un sottomassimale annuo di € 1.500,00 per dipendente. Per effetto dell'attivazione della presente garanzia, il massimale annuo complessivo (massimale copertura base + massimale copertura facoltativa 2) per dipendente diventa di € 2.600,00. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL il sottomassimale annuo previsto diventa di € 2.150,00 per dipendente.

9. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano Sanitario, come tutti i prodotti assicurativi, non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dalla polizza.

Non sono garantite dal piano sanitario le spese sostenute per i seguenti eventi:

1. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
2. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo quanto previsto ai punti 6.8 "Interventi stomatologici conseguenti ad infortunio", 6.24 "Odontoiatria/ortodonzia", 7.7 "Prevenzione odontoiatrica" e 8.1 "Odontoiatria/ortodonzia".
3. 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) fatto salvo quanto previsto al punto 6.10 "Interventi ricostruttivi del seno";
4. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
5. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
6. i ricoveri causati dalla necessità dell'iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
7. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'iscritto;
10. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
12. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per eventuali chiarimenti

10. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

10.1 Estensione territoriale

Il piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

10.2 Limiti di età

COPERTURA BASE e COPERTURA FACOLTATIVA

La copertura può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 99° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare la copertura cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare. Se, invece, un componente del nucleo familiare raggiunge il 99° anno di età, la copertura cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo iscritto.

10.3 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute, effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'iscritto.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria BNL

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge, mentre – se Cassa Sanitaria BNL tramite UniSalute dovesse richiedere all'iscritto la produzione degli originali – verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

10.4 Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

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

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

Su detto documento, gli importi residui a carico dell'iscritto e gli eventuali documenti di spesa non liquidati, vengono indicati espressamente come spese detraibili dalla dichiarazione dei redditi.

Attenzione

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita.

Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.

11. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Vengono equiparati ai Grandi Interventi Chirurgici anche tutti gli interventi chirurgici resi necessari da malattie cardiache e oncologiche (con l'esclusione dell'asportazione dei nei di natura benigna) anche non presenti nell'elenco sottostante

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia

- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicoclectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchiectomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o v aginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in copertura solo in caso di neonati coperti dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megaurettere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire la convenzione, della quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. La convenzione resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

GLOSSARIO

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute, comprese le malformazioni o i difetti fisici, anche non dipendente da infortunio. La gravidanza è parificata alla malattia solo nel caso di erogazione di prestazioni pre e post ricovero.

Malformazione

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

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolamento autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui UniSalute, per conto di Cassa Sanitaria BNL, ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante pernottamento.

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Grande intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici in regime di ricovero/day hospital/intervento chirurgico ambulatoriale, che sia contenuto nell'elenco denominato "Grandi Interventi Chirurgici", nonché tutti gli interventi chirurgici resi necessari da malattie cardiache e oncologiche (con l'esclusione dell'asportazione di nei di natura benigna).

Aborto

Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto spontaneo

Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico

Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto o di pericolo per la salute fisica della madre.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Sinistro

Il verificarsi delle prestazioni di carattere sanitario per le quali è prestata la copertura, che comportano un'attività gestionale per la Cassa Sanitaria BNI tramite Unisalute.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Cassa Sanitaria BNL in caso di sinistro.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Cassa Sanitaria BNL tramite Unisalute in caso di ricovero e di day hospital chirurgico, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero e il day hospital stessi. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post ricovero e le spese per il trasporto sanitario e le spese di viaggio, se previste, per le quali si prevede comunque il rimborso nel piano sanitario.

Massimale

L'importo stabilito negli specifici punti del piano sanitario che rappresenta la spesa massima che Cassa Sanitaria BNL tramite Unisalute si impegna a prestare nei confronti dell'iscritto per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'iscritto. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'iscritto l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'iscritto.

Stato di salute "consolidato"

Situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell'iscritto, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.

Ricovero di lunga degenza

Ricoveri determinati da condizioni fisiche dell'iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Lettera di impegno

Documento con cui l'iscritto si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy ad Unisalute.

Piano terapeutico

Documento sottoscritto dall'iscritto contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato ad Unisalute per rendere possibile la successiva "presa in carico". Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova presa in carico da parte di Unisalute.

Presa in carico

Comunicazione di Unisalute al Centro Odontoiatrico convenzionato in ordine alle prestazioni contenute nel piano terapeutico che Cassa Sanitaria BNL tramite Unisalute si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

Scheda anamnestica

Documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'iscritto, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'iscritto, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

Regolamento Cassa Sanitaria BNL

Articolo 1

(oggetto e validità del regolamento)

Il seguente Regolamento disciplina il funzionamento della Cassa Sanitaria BNL costituita ai sensi dell'art. 36 e segg. Cod. civ., in data 21/12/2007 con atto del Notaio Dottor Mario Liguori repertorio 152034/33318.

Esso costituisce parte integrante dello Statuto della Cassa Sanitaria e può essere oggetto di modifiche ai sensi e nei termini dell'art. 17 dello Statuto stesso.

Esso avrà effetto a far data 1 gennaio 2009.

TITOLO I

Rapporti tra la Cassa e gli assistiti

Articolo 2

(iscrizione e revoca alla Cassa Sanitaria)

• Dipendenti in servizio

Tutti i dipendenti in servizio delle Aree Professionali ed i Quadri Direttivi della BNL sono di diritto iscritti alla Cassa Sanitaria BNL, salvo espressa revoca che andrà inviata alla Cassa Sanitaria entro il 31 ottobre di ogni anno.

La revoca alla Cassa Sanitaria, sia totale che per le opzioni facoltative, preclude la possibilità di futura riiscrizione.

Ciascun iscritto aderisce al piano sanitario in relazione al proprio inquadramento che ne determina anche le adesioni future, una volta cessato dal servizio.

• Neo assunti

Tutti i dipendenti neo assunti delle Aree Professionali e dei Quadri Direttivi della BNL sono di diritto iscritti alla Cassa Sanitaria BNL, salvo espressa revoca che andrà inviata alla Cassa Sanitaria entro 60 giorni dalla data di assunzione. La revoca alla Cassa Sanitaria, sia totale che per le opzioni facoltative, preclude la possibilità di futura riiscrizione.

Entro 60 giorni dalla data di assunzione, il neo assunto dovrà compilare ed inoltrare alla Cassa Sanitaria la modulistica, da essa inviata, contenente:

1. La composizione del proprio nucleo familiare (dati anagrafici), qualora intenda assicurare il nucleo stesso;
2. la scelta del pacchetto assicurativo
3. "Informativa al Cliente sull'uso dei suoi dati e sui suoi diritti" con la manifestazione del proprio consenso;

Il premio annuo a carico dell'iscritto/a e il contributo aziendale, vengono ridotti del 30% nel caso di assunzioni avvenute nel secondo semestre dell'anno.

• Personale in "accompagnamento alla pensione" (esodati)

Il personale in "accompagnamento alla pensione" (esodato) mantiene il diritto alle coperture assicurative alle stesse garanzie, condizioni e costi dei dipendenti in servizio fino alla "data di fine esodo". In caso di uscita dal servizio in corso d'anno l'esodato manterrà l'iscrizione alla polizza dei dipendenti in servizio fino al 31 dicembre.

La Cassa provvederà entro il mese di gennaio dell'anno successivo all'uscita per "accompagnamento alla pensione" ad inviare per posta ordinaria l'apposita modulistica relativa alle modalità d'iscrizione alla copertura "Esodati". Dovrà essere comunque cura dell'assicurato richiedere la documentazione relativa all'iscrizione.

L'esodato dovrà manifestare formalmente la volontà di adesione inviando la sotto indicata modulistica compilata e firmata entro il 20 febbraio dell'anno successivo all'uscita:

- a) Modulo di adesione;
- b) "Informativa al Cliente sull'uso dei suoi dati e sui suoi diritti";
- c) "disposizione permanente di addebito" con trattenuta mensile con scadenza il 31 dicembre dell'anno di fine esodo.

Ciascun esodato aderisce al piano sanitario in relazione all'inquadramento alla data di cessazione dal servizio.

L'interruzione dei pagamenti in corso d'anno non è consentita e determina l'immediata decadenza del diritto d'iscrizione alla Cassa.

• Personale in quiescenza

Il personale in quiescenza manterrà l'iscrizione alla polizza dei dipendenti in servizio o a quella degli esodati fino al 31 dicembre dell'anno di cessazione dal servizio o "fine esodo".

La Cassa provvederà entro il mese di gennaio dell'anno successivo all'uscita ad inviare per posta ordinaria l'apposita modulistica relativa alle modalità d'iscrizione alla copertura "Personale in quiescenza". Dovrà essere comunque cura dell'assicurato richiedere la documentazione relativa all'iscrizione.

Il pensionato dovrà manifestare formalmente la volontà di adesione inviando la sotto indicata modulistica compilata e firmata entro il 20 febbraio dell'anno successivo all'uscita:

- a) Modulo di adesione;
- b) "Informativa al Cliente sull'uso dei suoi dati e sui suoi diritti";
- c) "disposizione permanente di addebito" con trattenuta mensile.

L'interruzione dei pagamenti in corso d'anno non è consentita e determina l'immediata decadenza del diritto d'iscrizione alla Cassa.

Ciascun pensionato (o ex esodato divenuto pensionato) aderisce al piano sanitario in relazione all'inquadramento alla data di cessazione dal servizio.

In caso di mancata iscrizione nell'anno successivo a quello di uscita, decadendo il principio di continuità assicurativa, verrà a decadere ogni possibilità di nuova iscrizione alla Cassa.

• Superstiti

In caso di decesso del/della titolare di polizza, coniuge e/o figli mantengono le coperture di polizza preesistenti fino al 31 dicembre. Se richiesto, possono aderire alla Cassa Sanitaria con le stesse modalità e garanzie assicurative riservate al personale in quiescenza.

In caso di mancata iscrizione nell'anno successivo a quello del decesso del titolare, decadendo il principio di continuità assicurativa, verrà a decadere ogni possibilità di nuova iscrizione alla Cassa.

Articolo 3

(nuclei familiari – altri familiari conviventi del titolare)

• Nuclei familiari

Il dipendente in servizio, il personale in "accompagnamento alla pensione" e il personale in quiescenza possono estendere le coperture assicurative ai relativi nuclei familiari risultanti dallo stato di famiglia. Per nucleo familiare si intende:

- 1) il coniuge anche se non convivente purché non legalmente separato;
- 2) i figli conviventi con il dipendente o con il coniuge così come descritto al precedente punto 1);

3) i figli anche non conviventi ma a carico del dipendente fino al compimento del 21° anno di età o fino al compimento del 26° anno qualora risultino ancora studenti;

4) i figli di età superiore a 26 anni purché conviventi;

5) è equiparato al coniuge il convivente more uxorio purché risultante dal certificato di famiglia o documento equivalente.

Sono equiparati ai figli gli affidatari o gli adottivi.

Qualora l'iscritto decida di non estendere al proprio nucleo familiare all'atto dell'adesione al piano sanitario la polizza assicurativa, non sarà più possibile l'attivazione della stessa in un momento successivo.

• Altri familiari del titolare conviventi

I dipendenti in servizio ed il personale in "accompagnamento alla pensione" possono estendere la copertura assicurativa, con versamento del relativo premio a carico del dipendente, ad "altri familiari del titolare conviventi", intendendo per tali:

- i genitori;
- i fratelli;
- i nipoti;

in questo caso dovranno essere incluse tutte le persone, come sopra indicate, risultanti dallo stato di famiglia;

- potrà, inoltre, inserire i figli di età superiore ai 26 anni non conviventi.

Qualora il dipendente decida di non estendere ai propri familiari conviventi o ai figli non conviventi di età superiore a 26 anni la polizza assicurativa, all'atto dell'adesione, non sarà più possibile l'attivazione della stessa in un momento successivo.

Articolo 4

(inclusioni - esclusioni - variazioni anagrafiche)

• Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

L'inclusione di familiari come definiti all'art. 7 "Nuclei familiari - Altri familiari del titolare", in un momento successivo alla decorrenza dell'iscrizione alla Cassa è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per:

- Matrimonio;
- nuova convivenza;
- nascita o "reintegro" dei figli nello stato di famiglia.

La nuova inclusione dovrà essere comunicata mediante compilazione e invio alla Cassa dell'apposito modulo entro 60 giorni dall'evento. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro il termine stabilito; in caso contrario decorrerà dal giorno in cui è pervenuta alla Cassa la relativa comunicazione.

• Esclusione di familiari del nucleo.

Il titolare di polizza può escludere uno o più familiari dalle coperture assicurative con decorrenza 31 dicembre di ogni anno. L'esclusione preclude per sempre una nuova adesione del familiare alla Cassa Sanitaria.

• Variazioni anagrafiche

E' obbligo dell'iscritto comunicare alla Cassa entro 60 giorni ogni variazione di residenza o domicilio, qualora comunicato.

In caso di variazione del nucleo familiare come descritto dall'art. 7 del regolamento, il titolare di polizza dovrà darne tempestiva comunicazione alla Cassa.

Articolo 5

(programmi di assistenza)

L'efficacia delle polizze è annuale (anno solare) e le garanzie sono operanti per il titolare e il suo nucleo familiare qualora assicurato, fino alla scadenza del periodo

assicurativo ovvero fino al 31 dicembre di ciascun anno. Il rinnovo è tacito salvo quanto è previsto dal successivo art. 7.

Articolo 6

(fruizione delle prestazioni)

1. Le polizze sanitarie riguardano esclusivamente malattie e infortuni.
2. Per richiedere i rimborsi è obbligatorio consegnare la documentazione alla compagnia assicuratrice, o a questa, tramite la Cassa Sanitaria.
3. Il termine di prescrizione dei sinistri è entro i termini stabiliti dalle polizze contratte.
4. Per ottenere i rimborsi spettanti è obbligatorio presentare la documentazione nei tempi e nella modalità stabilite dalle polizze.

Articolo 7

(continuità assicurativa)

La continuità assicurativa garantisce la copertura sanitaria a tutti gli iscritti/e alla Cassa Sanitaria, senza limiti temporali o anagrafici purché non vi siano interruzioni.

La continuità assicurativa è annuale ed è condizione unica per la prosecuzione del rapporto con la Cassa Sanitaria.

Articolo 8

(controversie e reclami)

Qualora, in applicazione del presente regolamento dovessero insorgere controversie o reclami, questi dovranno essere sottoposti dagli iscritti e dai beneficiari al Comitato di Gestione tramite raccomandata A/R.

Titolo II

Rapporti tra la Cassa e la Banca

Articolo 9

(attività – programmi – funzioni)

La Cassa Sanitaria, recependo quanto concordato dalle Fonti Istitutive all'atto della costituzione della Cassa Sanitaria, deve portare a conoscenza di tutti gli iscritti/iscritte i piani sanitari, ovvero, polizze e rete delle strutture sanitarie convenzionate, sia attraverso i canali Banca, sia attraverso le modalità individuate dal Comitato di Gestione.

Le informazioni di merito su procedure e polizze sanitarie, sono di esclusiva pertinenza della Cassa Sanitaria.

La Cassa utilizzerà tutti gli strumenti e le informazioni messi a disposizione dalla Banca secondo gli accordi con le Fonti Istitutive atti al funzionamento e all'espletamento del servizio svolto dalla stessa.

Articolo 10

(Partecipazione alla Cassa Sanitaria)

La partecipazione alla Cassa Sanitaria, del personale in servizio e del personale cessato dal servizio, viene regolata come nel precedente titolo I.

Articolo 11

(Entrate)

Costituiscono entrate della Cassa Sanitaria, oltre quanto previsto dall'art. 8 dello statuto, gli extra contributi stabiliti dalle Fonti Istitutive per il funzionamento della Cassa stessa.

Articolo 12

(modifiche)

Oltre a quanto previsto dall'articolo 13.7 dello statuto dovranno essere deliberate con analoga maggioranza dei $\frac{3}{4}$ dei componenti anche le eventuali controversie di carattere rilevante con gli assicuratori.