



L'Assistenza per tutti i Professionisti

**Guida completa
Coperture
e Prestazioni**

GESTIONE PROFESSIONISTI EBIPRO

Questa Guida è dedicata ai datori di lavoro che applicano ai loro lavoratori dipendenti il CCNL Studi Professionali ed a tutti i Professionisti a cui sono offerte le opportunità di copertura a tutela della salute e dello studio, consentendo l'attivazione di un sistema di welfare globale.

In questa guida si trovano tutte le opportunità dedicate ai Professionisti: le coperture automatiche e volontarie, le prestazioni e le specifiche per ogni copertura, le garanzie spettanti e tutti i servizi attivabili anche da parte dei giovani Professionisti o di coloro che non hanno ancora uno studio strutturato, potendo comunque usufruire delle agevolazioni derivanti dalla contrattazione collettiva.



PRESENTAZIONE

Il **CCNL Studi Professionali**, con il rinnovo sottoscritto il 17 aprile 2015, introduce una grandissima novità. Per la prima volta i datori di lavoro liberi Professionisti che versano per i loro dipendenti i contributi previsti dall'art. 13 del CCNL (contributi alla bilateralità del settore) sono, loro stessi, beneficiari di prestazioni di assistenza.

Nel 2015 è stata, quindi, istituita nell'ambito di Ebipro, Ente Bilaterale Nazionale per gli Studi Professionali, la **Gestione Professionisti**, una gestione autonoma e separata, interamente dedicata alla Assistenza per i Professionisti: attivazione delle coperture automatiche e volontarie, rinnovi, comunicazioni, informazioni telefoniche, ecc.

Sono previste coperture per i datori di lavoro attivate **automaticamente dal 1° giorno del 4° mese successivo all'iscrizione**, per chi è in regola con il versamento dei contributi ed in presenza di tutti i dati anagrafici necessari, che consentono un insieme di interventi in tema di prevenzione, malattia, infortunio e tutela dello studio.

Check-up annuale, accertamenti diagnostici e terapie, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici, diaria per inabilità temporanea, pacchetto maternità, coperture per invalidità permanente e morte da infortuni, sono solo alcune delle tutele previste dal **Piano Assistenza dedicato ai Professionisti**.

In base al numero dei dipendenti per ciascuno studio è previsto un definito numero di coperture dedicate al titolare e, in caso di studio associato/società, ai soci/associati e collaboratori, con diverse formule e massimali.

Per i datori di lavoro è possibile ottenere l'upgrade della copertura automatica, l'attivazione della copertura per altri soci/associati/collaboratori esterni a cui non spettino le coperture automatiche ed altre integrazioni previste.

Da novembre 2019 Confprofessioni ha reso disponibile in favore di tutti i Professionisti la **piattaforma digitale BeProf**, uno strumento innovativo che apre la possibilità a tutti i Professionisti di usufruire sia delle coperture previste sia di una serie di altri utili servizi e opportunità di interazioni e integrazioni a favore del mondo delle Professioni, senza distinzioni e limitazioni.

Un importante risultato finalizzato non solo ad agevolare l'attivazione di un sistema di **welfare di studio** ma anche l'attività lavorativa e la vita dei Professionisti, semplificando l'organizzazione del lavoro, riducendo tempi e costi per servizi di tutela della salute, di sicurezza e crescita dello studio, favorendo la condivisione di servizi, di esperienze e specificità a vantaggio di tutti, in ogni momento della giornata, con un semplice click.



UniSalute

SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Le prestazioni di assistenza sanitaria integrativa e di tutela dello studio sono erogate da Unisalute, compagnia assicurativa da anni leader nel settore, con una capillare diffusione di strutture sanitarie convenzionate di eccellenza presenti su tutto il territorio nazionale.

In applicazione delle disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 "Informativa al contraente" Unisalute comunica ai beneficiari delle coperture previste quanto di seguito riportato:

- la legislazione applicata al contratto è quella italiana;
- 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, oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it

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

I reclami indirizzati all'IVASS contengono:

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

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

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



SOMMARIO

1. Beneficiari	pag. 6
2. Requisiti e modalità di iscrizione	pag. 7
3. Coperture automatiche	pag. 9
4. Coperture volontarie	pag. 14
5. Prestazioni:	
• come usufruire delle prestazioni	pag. 20
• garanzie, franchigie, massimali e condizioni	pag. 22
• visite specialistiche	pag. 23
• trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio	pag. 23
• check-up	pag. 24
• accertamenti diagnostici post prevenzione	pag. 25
• diaria per inabilità temporanea a seguito di malattia o di infortunio	pag. 26
• pacchetto maternità	pag. 28
• accertamenti diagnostici e terapie	pag. 29
• monitor salute	pag. 30
• servizi di consulenza	pag. 32
• servizi di assistenza	pag. 32
• coperture infortunio	pag. 34
• condizioni generali	pag. 39
• altre informazioni	pag. 41
6. Faq	pag. 42
7. Tabella valutazione invalidità permanente	pag. 44
8. Elenco grandi interventi chirurgici (rif. Inabilità temporanea)	pag. 46
9. Contatti	pag. 48



1. BENEFICIARI

L'Assistenza Professionisti è dedicata:

1) ai datori di lavoro che applicano il CCNL Studi Professionali ai loro lavoratori dipendenti e che sono in regola con il versamento dei contributi previsti dall'art.13 del contratto stesso (€ 22 al mese per ciascun lavoratore dipendente).

In favore di costoro sono attivate le coperture automatiche previste, attribuite sia al datore di lavoro unico titolare persona fisica sia al datore di lavoro, ai soci/associati di società/studi associati e ad eventuali collaboratori esterni in relazione al numero dei lavoratori dipendenti iscritti alla bilateralità (vedi tabelle pag. 9 e 10);

Per ottenere l'attivazione delle coperture automatiche spettanti lo studio o la società e, in caso di studio associato/società, tutti i Professionisti soci/associati devono essere iscritti a Cadiprof/Ebipro. Lo studio/società deve, inoltre, essere in regola con il versamento per ciascun lavoratore dipendente dei contributi mensili previsti dal contratto.

I Professionisti appartenenti allo studio/società datore di lavoro possono ottenere, inoltre, tutte le coperture volontarie disponibili, mediante versamento di un contributo annuale dovuto per ciascun richiedente.

2) a tutti i Professionisti, attraverso l'offerta delle coperture e dei servizi previsti dalla nuova piattaforma digitale BeProf.

Per ottenere l'attivazione delle coperture volontarie previste è necessario registrarsi personalmente alla piattaforma, mediante smartphone, tablet scaricando l'App BeProf o comunque accedendo a Internet al sito www.beprof.it, scegliere la copertura desiderata e versare il contributo relativo mediante carta di credito.

Le prestazioni di assistenza sanitaria integrativa e di tutela per lo studio sono erogate in applicazione di quanto previsto dal Piano di Assistenza Professionisti stipulato tra Ebipro e la Società Assicuratrice.



2. REQUISITI E MODALITA' DI ISCRIZIONE

In favore dei datori di lavoro e degli eventuali altri soci/associati dello studio/società sono attivate coperture automatiche successivamente alla iscrizione a Cadiprof/Ebipro ed al versamento dei contributi previsti dall'art.13 del CCNL Studi Professionali, dovuti per ciascun lavoratore dipendente (€ 22 al mese), senza il versamento di somme ulteriori.

L'iscrizione del datore di lavoro persona fisica **unico titolare** si perfeziona con la registrazione sua e dei suoi dipendenti nell'area iscrizione del sito internet www.cadiprof.it o mediante l'invio a Cadiprof del modulo di iscrizione cartaceo debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte, anche a mezzo fax. Per il datore di lavoro **persona giuridica** organizzato in forma associata/societaria deve essere effettuata la registrazione inserendo i dati dello studio/società, quelli dei soci/associati oltreché i dati dei dipendenti.

In assenza dei dati anagrafici (nome, cognome, codice fiscale, luogo e data di nascita) del datore di lavoro e degli eventuali soci/associati, le coperture automatiche non possono essere attivate.

Le coperture si attivano successivamente alla trasmissione da parte della Gestione Professionisti alla Società Assicuratrice dell'elenco degli iscritti. La Gestione Professionisti può comunicare alla Società Assicuratrice i nominativi da porre in copertura solo in presenza dei dati necessari all'identificazione degli stessi. In mancanza di tali dati le coperture non sono attivabili.

L'iscritto può verificare, direttamente o per tramite di proprio consulente incaricato, l'attivazione delle coperture e le decorrenze delle stesse accedendo all'apposita area riservata del sito www.ebipro.it o contattando il numero verde Gestione Professionisti 800 946 996 appositamente dedicato alla Assistenza Professionisti.

Requisiti

Applicazione al personale dipendente del CCNL Studi Professionali e versamento dei contributi previsti dalla bilateralità del settore (art.13)

Destinatari

Datore di lavoro persona fisica - unico titolare

Datore di lavoro persona giuridica - studio associato/società (legale rappresentante soci, associati, collaboratori esterni)

Modalità di iscrizione

Iscrizione del datore di lavoro e dei dipendenti nell'area riservata del sito www.cadiprof.it o inviando apposito modulo a Cadiprof.

Iscrizione del legale rappresentante, dei soci/associati e dei dipendenti nell'area riservata del sito www.cadiprof.it
Per la registrazione dei singoli soci e per le coperture volontarie è possibile utilizzare i servizi on line o i moduli presenti nel sito www.ebipro.it/gestioneprofessionisti



In favore di tutti i Professionisti indistintamente sono previste coperture volontarie attivabili in modo semplice e veloce:

- 1) effettuando la registrazione alla **nuova piattaforma digitale BeProf**;
- 2) scegliendo la copertura disponibile desiderata;
- 3) effettuando il pagamento del contributo dovuto per la copertura scelta mediante carta di credito.

Il Professionista può verificare l'attivazione delle coperture richieste consultando direttamente la propria area riservata all'interno della piattaforma BeProf.

Requisiti

Esercitare l'attività o essere socio/associato/collaboratore esterno di studio professionale

Destinatari

- Tutti i Professionisti

Modalità di iscrizione

- Registrazione alla piattaforma digitale BeProf;
- Scelta delle coperture;
- Pagamento mediante carta di credito dei contributi dovuti per le coperture scelte.

Le coperture volontarie, per i Professionisti appartenenti a studi iscritti a Cadiprof/Ebipro, possono essere richieste anche mediante l'invio dei moduli disponibili nella sezione Gestione Professionisti del sito www.ebipro.it ed il versamento dei contributi dovuti per tali coperture da effettuare mediante MAV.



3. COPERTURE AUTOMATICHE

Le coperture automatiche sono riservate ai Professionisti che applicano ai loro lavoratori dipendenti il CCNL Studi Professionali, in regola con il pagamento dei contributi previsti dall'art.13 del contratto per ciascun lavoratore dipendente iscritto.

COPERTURE AUTOMATICHE PRINCIPALI: BASE E PREMIUM

Sono previste due formule di copertura principali: **BASE** e **PREMIUM**.

La copertura **PREMIUM** prevede massimali più elevati ed un maggior numero di prestazioni garantite rispetto alla copertura **BASE**.

La copertura **BASE** viene attivata automaticamente per il datore di lavoro persona fisica unico titolare, anche in presenza di un solo lavoratore dipendente iscritto alla bilateralità.

Nel caso di datore di lavoro persona giuridica in forma associata-societaria il numero massimo dei Professionisti aventi diritto all'automatica attivazione della copertura **BASE** è variabile in relazione al numero di lavoratori assunti con il CCNL Studi Professionali. Anche la copertura **PREMIUM** è attivata automaticamente in base al numero dei soci e dei lavoratori dipendenti, come indicato nello schema che segue:

Copertura BASE automatica	
n. max Professionisti in Copertura Base automatica	n. dipendenti iscritti Cadiprof
1	da 1 a 3
2	da 4 a 6
3	da 7 a 8
4	da 9 a 11
5	da 12 a 13
6	da 14 a 15
7	da 16 a 17
...	...
N/2,25 arr per difetto	N

Copertura PREMIUM automatica	
n. max Professionisti in Copertura Premium automatica	n. dipendenti iscritti Cadiprof
1	almeno 4
2	almeno 8
3	almeno 12
4	almeno 16
5	almeno 20
6	almeno 24
7	almeno 28
...	...
N	almeno Nx4

COPERTURE AUTOMATICHE PLUS

Sulla base del numero di lavoratori dipendenti iscritti alla bilateralità, è riconosciuto in automatico un incremento dei massimali assicurati dalla copertura **BASE** e dalla copertura **PREMIUM** per la garanzia infortuni (morte da infortunio e invalidità permanente da infortunio).



Il massimale **BASE PLUS** è pari al massimale della copertura **BASE** maggiorato di € 5.000,00 (cinquemila).

Il massimale **PREMIUM PLUS** è pari al massimale della copertura **PREMIUM** maggiorato di € 5.000,00 (cinquemila).

N. Professionisti in copertura plus

1
1
2
2
3
3
...
N
N

N. dipendenti iscritti CADIPROF

Almeno 2
Almeno 5
Almeno 5
Almeno 9
Almeno 8
Almeno 13
...
Almeno (Nx2,25) + 1 arr. per eccesso
Almeno (Nx4) + 1

Tipologia copertura plus

BASE PLUS
PREMIUM PLUS
BASE PLUS
PREMIUM PLUS
BASE PLUS
PREMIUM PLUS
...
BASE PLUS
PREMIUM PLUS

Per la corretta determinazione delle coperture automatiche (numero e tipo copertura) tutti i soci/associati dello studio/società devono essere iscritti nell'apposita sezione "Gestione Professionisti" presente nell'area riservata del portale Cadiprof/Ebipro.

Qualora per studi associati/società sia indicato un unico Professionista, in favore di quest'ultimo viene attivata esclusivamente la copertura Base, indipendentemente dal numero dei lavoratori dipendenti iscritti a Cadiprof.

A tutti i soci è attribuita la medesima formula di copertura spettante sulla base della composizione dello studio/società (n. soci, n. lavoratori dipendenti iscritti).

E' possibile chiedere la **sostituzione di attribuzione di copertura** da un socio/associato in copertura automatica che rimanga iscritto ad altro socio/associato a cui non spetti la copertura automatica.

La richiesta deve essere effettuata mediante email da inviare all'indirizzo **gestioneprofessionisti@ebipro.it**

La sostituzione (cessazione copertura e attivazione nuova copertura) avrà effetto con la decorrenza del primo mese utile successivamente alla ricezione della richiesta, ferma restando, se successiva, la decorrenza della copertura sulla base della data di iscrizione del soggetto in favore del quale si chiede l'attivazione della nuova copertura (1° giorno del 4° mese successivo).



Qualora per uno studio/società vengano iscritti altri Professionisti aventi la qualifica di **collaboratori esterni**, l'attribuzione delle coperture automatiche viene effettuata/modificata sulla base del numero totale dei Professionisti iscritti, equiparando i collaboratori ai soci/associati.

In favore di coloro che appartengano e/o che collaborino con studi iscritti sono disponibili coperture volontarie ovvero coperture non automatiche attivabili su richiesta:

- incremento delle garanzie per soci già in copertura automatica (passaggio dalla copertura BASE alla copertura PREMIUM);
- attivazione della copertura (BASE o PREMIUM) per eventuali ulteriori soci/associati/collaboratori esterni che non rientrino nelle coperture automatiche;
- incremento dei massimali della copertura infortuni per i titolari delle coperture automatiche o volontarie, ecc.

Le coperture volontarie possono essere richieste direttamente da **piattaforma digitale BeProf** o utilizzando i moduli o le procedure disponibili presenti sul sito **www.ebipro.it/gestioneprofessionisti**

L'iscritto, qualora intenda designare beneficiari diversi dagli eredi, deve farne espressa comunicazione direttamente alla Società Assicuratrice.

DECORRENZA DELLE COPERTURE AUTOMATICHE

Il diritto alle prestazioni di assistenza automatiche dedicate ai datori di lavoro in regola con il pagamento dei contributi previsti (€ 22 al mese per ciascun lavoratore dipendente iscritto alla bilateralità), decorre dal **1° giorno del 4° mese successivo a quello in cui avviene l'iscrizione del datore di lavoro**.

In caso di studio associato/società anche per i soci/associati iscritti successivamente al datore di lavoro la copertura automatica eventualmente spettante decorre dal 1° giorno del 4° mese successivo a quello in cui avviene l'iscrizione del singolo socio/associato nell'apposita sezione Gestione Professionisti dell'area riservata del portale Cadiprof/Ebipro.

VARIAZIONI ALLE COPERTURE AUTOMATICHE

Tutte le variazioni relative allo studio/società (es. nuovi soci, cessazioni lavoratori, nuove assunzioni lavoratori, decessi, cambi di indirizzo, ecc.) rispetto ai dati originariamente registrati devono essere comunicate a Cadiprof/Ebipro entro 15 giorni dal verificarsi della variazione, tramite le procedure previste.

Nel caso in cui, per effetto delle variazioni comunicate, aumenti il numero massimo di Professionisti in copertura automatica, il datore di lavoro dovrà segnalare l'eventuale ulteriore nominativo da porre in copertura, qualora non già segnalato al momento della iscrizione o della variazione.



Per le variazioni segnalate nello stesso mese di iscrizione del datore di lavoro, il diritto alle prestazioni automatiche per il nuovo soggetto avrà la stessa decorrenza della copertura automatica del datore di lavoro.

Per le variazioni segnalate dal mese successivo alla iscrizione del datore di lavoro, il diritto alle prestazioni automatiche per il nuovo soggetto decorrerà dal 1° giorno del 4° mese successivo alla segnalazione di variazione.

Nel caso di riduzione del numero dei soggetti in copertura automatica, si procederà d'ufficio alla cessazione delle coperture non più spettanti con decorrenza dal 1° giorno del primo mese utile successivo alla comunicazione di riduzione effettuata, partendo dall'ultimo soggetto registrato e proseguendo in ordine temporale di iscrizione.

Qualora la variazione comporti la rideterminazione della formula di copertura automatica per i soci già in copertura automatica, tale rideterminazione avrà decorrenza dal 1° giorno del primo mese utile successivo alla comunicazione di variazione effettuata, per tutti i soci in copertura.

CONTRIBUTI E MODALITA' DI PAGAMENTO

Per l'attivazione delle coperture automatiche in favore dei Professionisti non sono dovute somme aggiuntive rispetto al contributo dovuto alla bilateralità pari a € 22 mensili per dodici mensilità per ogni dipendente assunto, come previsto dall'art.13 del CCNL Studi Professionali.

Il contributo previsto dal contratto è dovuto con decorrenza dal mese in cui avviene l'iscrizione dei dipendenti alla bilateralità. Nessun contributo deve essere versato per i dipendenti assunti con contratto **a tempo determinato inferiore a 3 mesi**.

Le coperture automatiche decorrono comunque dal 1° giorno del 4° mese successivo a quello in cui avviene l'iscrizione di ciascun professionista, subordinatamente alla regolarità del pagamento dei contributi e qualora siano stati comunicati tutti i dati necessari per l'attivazione delle coperture automatiche per ciascun soggetto interessato (socio, associato, collaboratore esterno). In mancanza dei dati necessari le coperture non possono essere attivate.

Per i dipendenti assunti a **tempo parziale** (orizzontale, verticale, misto) gli importi sono dovuti senza alcuna riduzione. Se i dipendenti sono assunti presso più datori di lavoro che applicano lo stesso CCNL Studi Professionali, il contributo è dovuto una sola volta: è data facoltà ai Professionisti datori di lavoro del medesimo dipendente di procedere separatamente all'iscrizione e al versamento alla bilateralità, al fine di garantire per sé l'attivazione delle coperture assistenziali previste: in tal caso il professionista dovrà effettuare mediante modello F24 il versamento del solo contributo a carico dello stesso dovuto ad Ebipro (€ 5 al mese per 12 mensilità) e darne comunicazione a Cadiprof/Ebipro.



Nel caso in cui lo stesso professionista sia **presente su più realtà datoriali** (es. coesistenza di studio con unico titolare e società di servizi – o studio associato – di cui quel titolare fa parte), al professionista viene garantita la copertura di assistenza di livello più elevato tra quelle automatiche a lui riferibili nelle diverse realtà.

Il pagamento dei contributi previsti per l'attivazione delle coperture automatiche deve essere effettuato utilizzando il mod. F24 sez. INPS causale contributiva ASSP, con le modalità indicate nell'allegato A del Regolamento Cadiprof al quale si rimanda.

Ai fini della comunicazione UNIMENS, deve essere utilizzato il codice ASSP per la quota di contributo destinata a Cadiprof (€ 15 per ciascun dipendente) ed il codice ASSB per la quota destinata ad Ebipro (€ 7 per ciascun dipendente).

MANCATO VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI E SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI

In caso di morosità del datore di lavoro nel versamento dei contributi dovuti per le coperture automatiche, le prestazioni di assistenza ai datori di lavoro possono essere sospese.

Le prestazioni vengono riattivate solo a seguito del versamento mediante mod. F24 dei contributi arretrati dovuti, con decorrenza dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui viene acquisito il pagamento. Nel caso di sospensione che si protragga per oltre 3 mesi, la posizione assistenziale del datore di lavoro potrà essere riattivata previa nuova iscrizione e la copertura avrà decorrenza dal 1° giorno del 4° mese successivo alla nuova iscrizione ed al pagamento dei contributi.

La posizione amministrativa e debitoria del datore di lavoro non decade in caso di sospensione o annullamento delle coperture.



4. COPERTURE VOLONTARIE

In favore di tutti i Professionisti è prevista la possibilità di ottenere coperture volontarie con il versamento di un contributo annuale dovuto per ciascun richiedente

La richiesta di coperture volontarie può essere effettuata:

- **mediante piattaforma digitale BeProf**, previa registrazione alla stessa;
- con modulo disponibile nella sezione Gestione Professionisti del sito www.ebipro.it, da inviare mediante email all'indirizzo gestioneprofessionisti@ebipro.it, o, in alternativa, mediante i servizi on line eventualmente resi disponibili sul portale Ebipro.

COPERTURE VOLONTARIE PRINCIPALI: BASE E PREMIUM

- 1) **Copertura PREMIUM volontaria per i Professionisti aventi già copertura BASE automatica (upgrade):** per l'attivazione è dovuto un contributo annuale, pari a **24,00** (ventiquattro) euro per ciascun soggetto per il quale viene effettuata la richiesta;
- 2) **Copertura BASE volontaria per Professionisti non in copertura automatica:** per l'attivazione è dovuto un contributo annuale pari a **48,00** (quarantotto) euro per ciascun soggetto per il quale viene effettuata la richiesta;
- 3) **Copertura PREMIUM volontaria per Professionisti non in copertura automatica:** per l'attivazione è dovuto un contributo annuale pari a **72,00** (settantadue) euro per ciascun soggetto per il quale viene effettuata la richiesta.

Le coperture volontarie principali (Base e Premium) hanno **validità 12 mesi** e la **decorrenza** delle stesse dipende dalla modalità di attivazione e di pagamento scelta, come di seguito indicato:

- a) in caso di pagamento mediante **carta di credito: 1° giorno del 2° mese successivo al pagamento;**
- b) in caso di pagamento mediante **Mav: 1° giorno del 2° mese successivo alla scadenza del pagamento riportata sul Mav** generato a seguito di domanda.
Il termine del pagamento è fissato all'ultimo giorno del mese successivo alla domanda. Qualora il pagamento sia effettuato successivamente al termine previsto, la copertura avrà decorrenza dal 1° giorno del secondo mese successivo al pagamento per i pagamenti effettuati entro l'ultimo giorno del mese successivo al termine medesimo. Qualora non risultino pagamenti entro tale termine la domanda sarà annullata.

Le coperture volontarie cessano in caso di mancato rinnovo e/o con il cessare della qualifica di socio/associato/collaboratore esterno per il Professionista a cui è stata attribuita la copertura volontaria e/o, per i Professionisti che applicano il CCNL Studi Professionali, con il cessare di tutte le coperture automatiche attribuite ai Professionisti dello studio/ società (es. per cessazione di tutti i lavoratori dipendenti, per cessazione attività studio, ecc.), indipendentemente dal termine annuale previsto, se successivo.



Per il **rinnovo della copertura** volontaria richiesta per le annualità successive, il contributo annuale dovuto deve essere versato in unica soluzione **entro l'ultimo giorno del mese precedente il termine della copertura**. In caso di pagamento non effettuato o effettuato oltre tale termine la copertura volontaria applicata cesserà automaticamente a scadenza.

Al momento del rinnovo può essere richiesta la copertura superiore, se prevista.

Per il rinnovo dell' incremento di copertura (upgrade dalla copertura Base alla copertura Premium), in caso di omesso pagamento del contributo annuale entro il termine indicato, la copertura sarà automaticamente riportata alla formula di copertura automatica spettante e tale formula di copertura non potrà essere nuovamente modificata prima dell'anno successivo, previa nuova richiesta.

Il pagamento dei contributi dovuti per le coperture volontarie non deve essere in alcun caso effettuato utilizzando il modello F24, ma con le modalità e nei termini previsti e resi noti su piattaforma digitale BeProf e sul sito internet www.ebipro.it/gestioneprofessionisti. Il pagamento effettuato utilizzando il modello F24 determina la non corretta imputazione delle somme versate e non consente l'attivazione delle coperture volontarie richieste.

Qualora, per variazione della composizione dello studio/società (incremento n. soci, riduzione n. soci) insorga il diritto all'attribuzione di coperture automatiche di livello pari o superiore a quelle volontarie già attivate, queste ultime restano comunque valide e attive fino al termine annuale previsto, oltre il quale sarà attribuita la formula di copertura automatica spettante.

Qualora il diritto all'attribuzione di una copertura automatica di livello pari a quello della copertura volontaria richiesta ed attivata insorga prima della decorrenza della copertura volontaria richiesta, sarà attivata la copertura automatica spettante con la decorrenza prevista per quest'ultima e la copertura volontaria richiesta sarà annullata anche in caso di versamento già effettuato per l'attivazione della stessa.

Qualora i termini di pagamento indicati cadano di sabato o in giorni festivi, gli stessi termini sono prorogati al primo giorno seguente non festivo.

In nessun caso è prevista la restituzione di contributi versati per coperture volontarie richieste.



COPERTURE VOLONTARIE INTEGRATIVE INFORTUNI

1) COPERTURA INTEGRATIVA INFORTUNI PROFESSIONISTI

Tutti i **Professionisti titolari del Piano Assistenza Professionisti con copertura automatica o volontaria (BASE o PREMIUM)** possono integrare il massimale della copertura infortuni (v. pag. 34) con un contributo aggiuntivo annuale pari a:

- € 156,00 per un massimale ulteriore di **€ 250.000**
- € 311,00 per un massimale ulteriore di **€ 500.000**

La richiesta di **Copertura Integrativa Infortuni Professionisti**, come per le altre coperture volontarie, può essere effettuata:

- **mediante piattaforma digitale BeProf;**
- mediante il modulo appositamente predisposto presente nella sezione Gestione Professionisti del sito www.ebipro.it da inviare all'indirizzo email indicato nel modulo stesso o mediante servizio on line eventualmente reso disponibile.

L'integrazione al massimale della copertura infortuni avrà effetto con decorrenza **1° gennaio o 1° luglio**, in base alla data della richiesta e/o del pagamento, e sarà attiva per 12 mesi, salvo cessare con il cessare della qualifica di socio/associato/ collaboratore esterno per il soggetto al quale è stata attribuita e/o con il cessare di tutte le coperture automatiche attribuite ai soggetti dello studio/società (es. per cessazione di tutti i lavoratori dipendenti, per cessazione attività studio, etc.), indipendentemente dal termine annuale previsto, se successivo.

Per coloro che effettuano il pagamento **mediante carta di credito**, tramite piattaforma digitale BeProf o servizio on line, la copertura decorre dal 1° gennaio per i pagamenti effettuati entro il 30/11 dell'anno precedente e dal 1° luglio per quelli effettuati entro il 31/05.

Per le domande effettuate mediante modulo verranno inviati tramite email i bollettini **MAV** per il pagamento dei contributi volontari dovuti. Per ottenere la copertura con decorrenza 1° gennaio la domanda deve essere presentata entro il 31 ottobre dell'anno precedente ed il pagamento deve essere effettuato entro il 30 novembre.

Per ottenere la copertura con decorrenza 1° luglio la domanda deve essere presentata entro il 30 aprile ed il pagamento deve essere effettuato entro il 31 maggio. In caso di MAV non pagati entro i termini indicati, le domande sono automaticamente annullate.

Ai fini del **rinnovo della Copertura integrativa Infortuni Professionisti** il pagamento del contributo dovuto deve essere effettuato entro il 31/05 per la decorrenza 1° luglio ed entro il 30/11 per la decorrenza 1° gennaio.

In caso di pagamento non effettuato o effettuato oltre tale termine, l'integrazione di copertura attivata cesserà automaticamente a scadenza e per la riattivazione dovrà essere effettuata una nuova richiesta.



Al momento del rinnovo può essere richiesto l'attivazione del massimale superiore, se previsto (Integrativa Infortuni con massimale € 500.000 invece che con massimale € 250.000).

2) COPERTURA INTEGRATIVA INFORTUNI AVVOCATI

Per i Professionisti Avvocati titolari del Piano Assistenza Professionisti è possibile richiedere una integrazione di **€ 100.000** al massimale della copertura infortuni con un contributo aggiuntivo annuale pari ad **€ 22**.

La richiesta di Copertura Integrativa Infortuni Avvocati può essere effettuata:

- **mediante piattaforma digitale BeProf;**
- mediante il modulo appositamente predisposto presente nella sezione Gestione Professionisti del sito www.ebipro.it da inviare all'indirizzo email indicato nel modulo stesso o mediante servizio on line eventualmente reso disponibile.

L'integrazione al massimale della copertura infortuni Avvocati avrà effetto con decorrenza dal **1° giorno del 2° mese successivo al pagamento** se effettuato mediante carta di credito o dal **1° giorno del 2° mese successivo alla scadenza del pagamento** se effettuato mediante Mav. Il termine indicato sul Mav è fissato all'ultimo giorno del mese successivo alla domanda.

La Copertura Infortuni Avvocati, oltre alla integrazione del massimale della copertura infortuni, prevede che non sia applicata alcuna carenza di giorni per la garanzia della diaria per inabilità temporanea, come invece per i titolari del Piano Assistenza Professionisti senza integrazione (dal 3° giorno di inabilità).

Per il **rinnovo delle Copertura Integrativa Infortuni Avvocati** per le annualità successive, il contributo annuale dovuto deve essere versato in unica soluzione entro l'ultimo giorno del 2° mese precedente il termine della copertura.

In caso di pagamento non effettuato o effettuato oltre tale termine, l'integrazione di copertura attivata cesserà automaticamente a scadenza e per la riattivazione dovrà essere effettuata una nuova richiesta.

Qualora i termini di pagamento indicati cadano di sabato o in giorni festivi, gli stessi termini sono prorogati al primo giorno seguente non festivo.

In nessun caso è prevista la restituzione di contributi versati per coperture volontarie richieste.

Le coperture integrative infortuni, in ogni caso, non possono essere attivate con decorrenza precedente la decorrenza della copertura principale.



COPERTURE ACQUISTABILI DA PIATTAFORMA BEPROF

Coloro che si registrano alla piattaforma digitale BeProf, possono acquistare le coperture volontarie di assistenza per la salute e per lo studio previste, ed usufruire di tutti i servizi e contenuti resi disponibili sulla stessa.

Si riportano di seguito in sintesi tutte le coperture acquistabili mediante piattaforma digitale BeProf.

Tipo copertura*	Contributo annuale	Beneficiari	Possibile decorrenza
1 Copertura BASE	€ 48	Tutti, in alternativa a copertura 2	1° di ogni mese
2 Copertura PREMIUM	€ 72	Tutti, in alternativa a copertura 1	1° di ogni mese
3 Copertura integrativa infortuni Professionisti	€ 156 per max € 250.000 € 311 per max € 500.000	Tutti i titolari di copertura 1 o 2	1° gennaio o 1° luglio
4 Copertura integrativa infortuni avvocati	€ 22	Avvocati titolari di copertura 1 o 2	1° di ogni mese
5 Infortuni & welfare avvocati	€ 70	Avvocati, in alternativa a copertura 1 e 2	1° di ogni mese

* le prestazioni nel dettaglio sono riportate da pag. 20

DECORRENZA COPERTURE E RINNOVO

Le **coperture principali** acquistate su BeProf (Base, Premium, Infortuni & Welfare Avvocati) decorrono dal 1° giorno del 2° mese successivo al pagamento effettuato mediante carta di credito.

La **copertura integrativa infortuni Professionisti** acquistata mediante piattaforma digitale BeProf si attiva con decorrenza:

- 1° gennaio per i versamenti effettuati mediante carta di credito entro il 30 novembre dell'anno precedente;
- 1° luglio per i versamenti effettuati mediante carta di credito entro il 31 maggio dello stesso anno.

La **copertura integrativa infortuni Avvocati** acquistata mediante piattaforma digitale BeProf decorre dal 1° giorno del 2° mese successivo al pagamento effettuato mediante carta di credito.

Le coperture integrative infortuni, in ogni caso, non possono essere attivate con decorrenza precedente la decorrenza della copertura principale.



L'attivazione delle coperture richieste è subordinata alla trasmissione alla compagnia Assicurativa dei dati delle stesse. Tale trasmissione può avvenire in presenza di tutti i dati necessari finalizzati alla identificazione del professionista, da inserire, quindi, in fase di registrazione e di acquisto, ed alla acquisizione del pagamento effettuato.

Per l'attivazione delle coperture previste su BeProf è necessario, quindi, comunicare mediante la stessa tutti i dati richiesti, in mancanza dei quali le coperture non possono essere attivate e/o comunicate alla compagnia per la richiesta delle prestazioni.

Ai fini del **rinnovo delle coperture volontarie** attivate il pagamento del contributo dovuto deve essere effettuato entro l'ultimo giorno del mese precedente il termine della copertura.

In caso di pagamento non effettuato entro tale termine, la copertura volontaria attivata cesserà automaticamente a scadenza e per la riattivazione dovrà essere effettuata una nuova richiesta.

Al momento del rinnovo è possibile effettuare il pagamento per la copertura superiore se prevista (es. Premium invece che Base, Integrativa Infortuni con massimale € 500.000 invece che con massimale € 250.000).

Il Professionista che ha acquistato una copertura mediante piattaforma digitale BeProf può verificare l'attivazione della stessa consultando direttamente la propria area riservata all'interno della piattaforma BeProf.

Le coperture acquistabili su piattaforma BeProf prevedono le stesse garanzie e prestazioni delle coperture dedicate ai datori di lavoro (Piano Assistenza Professionisti, Integrazione Infortuni Professionisti, integrazione Infortuni Avvocati, ecc.).

Le prestazioni di assistenza sanitaria integrativa e di tutela per lo studio previste dalle coperture BeProf sono erogate in applicazione di quanto previsto dal Piano di Assistenza Professionisti stipulato tra Ebipro e la Società Assicuratrice.

Le Prestazioni previste dalle coperture BeProf sono disponibili nella presente Guida da pag. 20.

In nessun caso è prevista la restituzione di contributi versati per coperture volontarie richieste.

Per tutto quanto non riportato nella presente Guida si rinvia al Regolamento della Gestione Professionisti ed ai relativi allegati.



5. PRESTAZIONI

COME USUFRUIRE DELLE PRESTAZIONI

Strutture convenzionate da Unisalute per Gestione Professionisti

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

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile sul sito Internet www.unisalute.it, sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, è possibile usufruire di importanti vantaggi:

- 1) non si deve sostenere alcuna spesa (ad eccezione di quanto eventualmente previsto dalle singole garanzie) poiché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra Gestione Professionisti, Unisalute e la struttura convenzionata;
- 2) si riducono al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.

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

Unisalute pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. Il titolare della copertura dovrà sostenere spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle garanzie del Piano di Assistenza.

ATTENZIONE: In nessun caso sono previsti rimborsi di fatture presentate dai Professionisti a UniSalute, ad eccezione di quelli relativi al pacchetto maternità.

Servizi on line e mobile

Sul sito www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti è possibile:

- 1) prenotare visite ed esami e ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento;
- 2) verificare e aggiornare i propri dati e le coordinate bancarie;
- 3) visualizzare l'estratto conto;
- 4) consultare le prestazioni del proprio Piano di assistenza;
- 5) consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate;
- 6) ottenere pareri medici.

I servizi sono a disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.



Registrazione al sito Unisalute

Per registrarsi al sito Unisalute basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti, compilando la maschera con i dati richiesti.

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 indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Per recuperare Username e Password, in caso di necessità, basta cliccare sul bottone "Non ricordi password?" sulla home page e inserire i dati richiesti. Unisalute procederà a inviare all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

Prenotazione on line

La prenotazione delle prestazioni previste dal piano sanitario può essere effettuata attraverso il sito www.unisalute.it o mediante App Unisalute Up.

Accedendo all'area clienti e alla funzione "Prenotazione", è possibile:

- 1) prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- 2) visualizzare tutti i dettagli relativi alla prenotazione;
- 3) disdire o cambiare una prenotazione.

Aggiornamento dei dati

Accedendo all'Area clienti alla sezione "Aggiorna dati", è possibile:

- 1) aggiornare l'indirizzo e i dati bancari (codice IBAN);
- 2) comunicare il numero di cellulare e l'indirizzo e-mail per ricevere comodamente sul cellulare o sulla e-mail, utili messaggi, come ad esempio 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, ecc.

Consultazione estratto conto

Accedendo all'Area clienti alla sezione "Estratto conto", è possibile consultare l'estratto conto online, un rapido e comodo strumento di informazione.

L'aggiornamento dei dati è quotidiano. Per ogni documento vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo preso in carico e quello di spettanza dell'assistito (minimo non indennizzabile). Tutte le pagine visualizzate sono stampabili.

Ricerca strutture convenzionate e consultazione prestazioni previste

Per trovare le strutture convenzionate. Si può verificare l'elenco aggiornato inserendo la provincia nella funzione a cui si accede dalla home page del sito www.unisalute.it. Per consultare le prestazioni previste dal piano sanitario, si deve eseguire il Login al sito www.unisalute.it cliccando su Entra/Login ed accedere all'area "Prestazioni e strutture convenzionate".



Ottenere pareri medici

Nell'Area clienti è disponibile la funzione "il medico risponde", attraverso la quale si possono ottenere pareri medici online, direttamente sulla e-mail indicata al momento della registrazione.

I medici risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti ed i temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

App Unisalute Up

L'App UniSalute Up è disponibile per smartphone e tablet e può essere scaricata gratuitamente da App Store e Play Store. Accedendo allo store di riferimento del sistema operativo, cercare "UniSalute" per avere sempre a portata di mano i servizi disponibili.

GARANZIE, FRANCHIGIE, MASSIMALI E CONDIZIONI

I Piani di assistenza BASE e PREMIUM sono operanti in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di decorrenza del Piano di cui si è titolari per le seguenti prestazioni:

PIANO BASE	PIANO PREMIUM
Visite specialistiche	
T Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio	
Check-up BASE	Check-up PREMIUM
	Accertamenti diagnostici post prevenzione
Diaria da inabilità temporanea	
Pacchetto maternità	
Accertamenti diagnostici e terapie BASE	Accertamenti diagnostici e terapie PREMIUM
Copertura infortuni BASE e BASE PLUS	Copertura infortuni PREMIUM e PREMIUM PLUS
Monitor salute	
Assistenza per lo studio in caso di emergenza	
Possibilità di integrazione massimale copertura infortuni	
Servizi di consulenza medica ed assistenza telefonica	



VISITE SPECIALISTICHE

PIANO BASE

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000 per iscritto

PIANO PREMIUM

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000 per iscritto

La Compagnia provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per Gestione Professionisti.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'iscritto di € 25,00 per ogni visita specialistica, che 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.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

PIANO BASE

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300 per iscritto

PIANO PREMIUM

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 400 per iscritto

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

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

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per Gestione Professionisti.



Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'iscritto di **€ 50** per ogni prestazione/ciclo di terapia, che 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.

CHECK UP

PIANO BASE

PIANO PREMIUM

PACCHETTO DI DIAGNOSTICA EMATOCHIMICA (per tutti gli Iscritti indipendentemente dall'età)

alanina aminotransferasi (alt) (s)
 aspartato aminotransferasi (got) (s)
 urea (s/p/u/du) azotemia
 bilirubina totale e frazionata
 colesterolo totale e colesterolo Hdl
 creatininemia/creatinemia
 esame emocromocitometrico
 glicemia
 trigliceridi
 urine; esame chimico, fisico e microscopico
 velocità di sedimentazione delle emazie (ves)

PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI (età minima 40 anni)

Prevenzione delle patologie cardiovascolari

visita specialistica cardiologica
 ecg di base

Prevenzione delle patologie cardiovascolari

visita specialistica cardiologica
 ecg di base
 elettrocardiogramma sotto sforzo

PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE (età superiore a 50 anni)

Prevenzione delle patologie oncologiche maschili

visita specialistica urologica
 dosaggio Psa

Prevenzione delle patologie oncologiche maschili

visita specialistica urologica
 dosaggio Psa
 feci: ricerca sangue occulto

Prevenzione delle patologie oncologiche femminili

visita ginecologica e pap test

Prevenzione delle patologie oncologiche femminili

visita ginecologica e pap test
 mammografia
 feci: ricerca sangue occulto



La Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Gestione Professionisti, 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. Il pacchetto di diagnostica ematochimica, per gli iscritti di età almeno pari a 40 anni o superiore a 50 è effettuato contestualmente al pacchetto di prevenzione cardiovascolare o al pacchetto di prevenzione oncologica, che possono essere prenotati in momenti separati durante l'anno.

Gli iscritti di età superiore a 50 anni, qualora desiderino effettuare contestualmente i pacchetti di prevenzione sia cardiovascolare sia oncologica, in caso di prenotazione on line, devono effettuare comunque due diverse prenotazioni, una per ciascun pacchetto prevenzione ed il pacchetto di diagnostica ematochimica sarà unito al pacchetto di prevenzione prenotato per primo e sarà effettuato una sola volta nell'anno. In caso di prenotazione telefonica, qualora si desideri effettuare contestualmente entrambi i pacchetti prevenzione cardiovascolare e oncologica la richiesta deve essere chiaramente specificata.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI POST PREVENZIONE: per i titolari di Piano Premium

Qualora, a seguito della fruizione del pacchetto prevenzione previsto dal Piano, dovesse emergere la necessità di un approfondimento diagnostico per una sospetta patologia oncologica o per una sospetta cardiopatia, Gestione Professionisti, attraverso Unisalute, provvederà al pagamento delle prestazioni qui di seguito elencate che saranno fruibili esclusivamente presso i Centri Convenzionati indicati dalla Centrale Operativa in fase di prenotazione.

Per l'attivazione della presente copertura è necessaria una prescrizione medica, emessa dal medico di base oppure dal medico specialista, contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa:

PIANO PREMIUM

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 500
per iscritto.

a) In caso di sospetta patologia oncologica, a seguito della prestazione "Ricerca del sangue occulto nelle feci", l'iscritto/a potrà sottoporsi a:

1. colonscopia diagnostica con o senza biopsia con istologico
2. rettoscopia diagnostica con o senza biopsia con istologico
3. ecografia addome completo
4. rx addome
5. tac addome
6. rx tenue e colon con mezzo di contrasto

b) In caso di sospetta patologia oncologica, a seguito della prestazione Mammografia, l'iscritta potrà sottoporsi a:

1. ecografia mammaria
2. rmn seno
3. biopsia diagnostica della mammella con istologico



c) In caso di sospetta cardiopatia, a seguito delle prestazioni Visita cardiologica e/o ecg di base e/o elettrocardiogramma sotto sforzo, l'iscritto/a potrà sottoporsi a:

1. ecocardio con o senza doppler
2. rx torace
3. holter pressorio
4. holter cardiaco

d) In caso di sospetta patologia oncologica, a seguito delle prestazioni Visita Urologica + Psa, l'iscritto potrà sottoporsi a:

1. ecografia transrettale
2. ecografia addome inferiore
3. cistoscopia diagnostica con senza biopsia prostatica

e) In caso di sospetta patologia oncologica, a seguito delle prestazioni Visita Ginecologica e/o Pap Test, l'iscritta potrà sottoporsi a:

1. conizzazione
2. coloscopia
3. esame HPV
4. ecografia transvaginale oppure ecografia pelvica
5. isteroscopia diagnostica

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto/a vengono liquidate direttamente da Ebipro, per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse, lasciando una quota di € 30.00 per ogni prestazione, che dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

DIARIA DA INABILITÀ TEMPORANEA A SEGUITO DI MALATTIA O DI INFORTUNIO

PIANO BASE

PIANO PREMIUM

La Società Assicuratrice corrisponde una diaria giornaliera di **€ 50,00 per un massimo di 10 giorni all'anno** per iscritto, a partire dal 3° giorno di inabilità Temporanea (per i titolari della Copertura Integrativa Infortuni Avvocati e di copertura Infortuni & Welfare Avvocati sin dal 1° giorno) conseguente a malattia o ad infortunio manifestatasi e/o occorso dopo il 01/10/2016, a condizione che l'evento che ha causato l'inabilità Temporanea non rientri nei casi di inoperatività del piano (v. pag. 39 e seguenti).

Per inabilità temporanea si intende la perdita temporanea, in misura totale, della capacità dell'iscritto ad attendere alle proprie occupazioni professionali.

L'indennizzo previsto per la presente garanzia non potrà cumularsi ad altri indennizzi previsti per altre garanzie del medesimo piano sanitario.

1. La garanzia si intende operante in caso di Malattia, qualora:

- 1.a) l'iscritto sia stato sottoposto a terapie oncologiche, effettuate anche in regime ambulatoriale;
- 1.b) all'iscritto sia stata diagnosticata una della seguenti patologie:
 - Ictus;
 - Sclerosi Multipla;
 - Paralisi (di qualsiasi entità);



- Fibrosi cistica;
- Ischemia delle arterie vertebrali;
- 1.c)** l'iscritto sia stato ricoverato a seguito di un Grande Intervento Chirurgico, descritto nell'Elenco riportato a pag. 46;
- 1.d)** per Ricovero della durata superiore alle 10 notti, non reso necessario dalle patologie di cui al punto 1.b) o da un grande intervento chirurgico di cui al punto 1.c).

2. La garanzia si intende operante in caso di Infortunio, qualora:

- 2.a)** l'infortunio abbia reso necessario il ricovero dell'iscritto;
- 2.b)** in assenza di ricovero dell'iscritto, la prognosi di guarigione indicata nel certificato di Pronto Soccorso e/o da Cartella Clinica in caso di Day Hospital Chirurgico, risulti superiore a 15 giorni e a condizione che sia certificato da Pronto Soccorso o in cartella cliniche l'inabilità dell'iscritto a svolgere la propria attività professionale.
- 2.c)** in assenza di Ricovero, all'iscritto siano stati applicati apparecchi gessati e/o di tutori immobilizzanti, a condizione che la rimozione degli stessi non sia effettuabile a cura dell'iscritto.

Per ottenere l'indennizzo, l'iscritto dovrà trasmettere alla Società Assicuratrice:

- il **certificato di Pronto Soccorso**, indicante l'applicazione degli apparecchi gessati o dei tutori immobilizzanti, sia il certificato di rimozione effettuata in Pronto Soccorso e/o presso un Presidio Ospedaliero e/o da parte di medico specialista;
- **dichiarazione del Pronto Soccorso** attestante l'inabilità dell'iscritto a svolgere la propria attività professionale;

Denuncia del sinistro

Per la richiesta dell'indennizzo, l'iscritto dovrà inoltrare alla Società:

- in caso di ricovero: copia conforme all'originale della cartella clinica, completa di SDO (Scheda Dimissione Ospedaliera)
- nel caso delle patologie descritte al punto 1.b) : relazione medica completa e/o copia conforme all'originale dell'eventuale cartella clinica, completa di SDO;
- in caso di infortunio che non abbia richiesto il ricovero dell'iscritto: certificato di Pronto Soccorso, con allegati gli accertamenti clinici e radiologici e i relativi referti effettuati in sede di Pronto Soccorso;
- certificazione medica emessa da Pronto Soccorso oppure da Medico Specialista Ospedaliero oppure da Medico Specialista del Servizio Sanitario Nazionale, dalla quale si evinca con certezza:
 - l'Inabilità Temporanea dell'iscritto è tale da impedire lo svolgimento della propria attività professionale;
 - il periodo di assenza dall'attività professionale, resa obbligata dall'evento;

La Domanda e la trasmissione della documentazione indicata devono essere effettuate utilizzando il modulo presente nella sezione Gestione Professionisti del sito www.ebipro.it da inviare mediante Raccomandata A/R direttamente a **Unisalute S.p.a. - Ufficio Rimborsi - via Larga, 8 - 40138 Bologna**.



PACCHETTO MATERNITÀ

PIANO BASE

PIANO PREMIUM

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni sottoindicate corrisponde a € 1.000,00 per anno e per evento/iscritta.

Sono beneficiarie di questa garanzia le Professioniste Iscritte, titolari di copertura. La garanzia prevede la copertura delle spese mediche sostenute in gravidanza sia in forma diretta che rimborsuale. In particolare:

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

E' compreso, inoltre, il TEST DNA fetale in forma rimborsuale.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società Assicuratrice, le spese per le prestazioni erogate all'iscritta vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

In questo caso le prestazioni devono essere prenotate tramite Unisalute presso le strutture convenzionate (accedendo all'area riservata Unisalute o contattando il numero verde Unisalute 800 009 643).

Nel caso in cui l'iscritta si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società Assicuratrice, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'iscritta si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società Assicuratrice rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'iscritta.

In questi casi la documentazione per il rimborso deve essere trasmessa a Unisalute mediante accesso all'area riservata del sito www.unisalute.it o utilizzando il modulo presente nella sezione Gestione Professionisti del sito www.ebipro.it da inviare mediante Raccomandata A/R direttamente a **Ebipro c/o Unisalute S.p.a.-Servizi di liquidazione- via Zanardi, 30-40131 Bologna.**

Convenzioni PMA

Sono state attivate, inoltre, convenzioni particolarmente favorevoli con le strutture appartenenti alla rete per prestazioni mediche relative alla PMA - Procreazione Medicalmente Assistita (vedi sezione Convenzioni su www.ebipro.it/Gestione Professionisti).



ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TERAPIE

PIANO BASE

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 5.000,00 per iscritto

PIANO PREMIUM

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 7.000,00 per iscritto

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una **prescrizione medica** contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La garanzia è attiva per le prestazioni rese dalle **strutture convenzionate** con Unisalute. Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto sono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture convenzionate per gli importi superiori a € 50 per ciascuna prestazione che rimangono a carico dell'iscritto.

PIANO BASE

Radiologia convenzionale (senza contrasto):

- Mammografia (mono e/o bilaterale)
- RX colonna vertebrale

Radiologia convenzionale (con contrasto):

- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/osoisterografia e/o sonosalpingografia
- Clisma opaco e a doppio contrasto
- Qualsiasi esame contrastografico di organo o apparato

Diagnosti a per immagini:

Ecografie:

- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore

Alta diagnostica per immagini:

- Angio TC
- Angio TC distretti eso e endocranici
- TC spirale multistrato alta definizione
- TC con e senza mezzo di contrasto
- Cine RM cuore
- Angio RM
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) con o senza mezzo di contrasto
- Tomografia ad Emissione di Positroni (P.E.T.) per organo-distretto-apparato
- Scintigrafia qualunque organo apparato (compresa Miocardioscintigrafia)

PIANO PREMIUM

Radiologia convenzionale (senza contrasto):

- Mammografia (mono e/o bilaterale)
- RX colonna vertebrale in toto
- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- RX di qualsiasi altro organo o apparato

Radiologia convenzionale (con contrasto):

- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
- Clisma opaco e a doppio contrasto
- Qualsiasi esame contrastografico di organo o apparato

Diagnosti a per immagini:

Ecografie:

- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore
- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica (anche con sonda transvaginale)
- Ecografia prostatica (anche transrettale)

Ecocolor Doppler:

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolor Doppler venoso e/o arterioso arti inferiori e superiori
- Ecocolor Doppler aorta addominale
- Ecocolor Doppler dei tronchi sovraortici

Alta diagnostica per immagini:

- Angio TC
- Angio TC distretti eso e endocranici
- TC spirale multistrato alta definizione
- TC con e senza mezzo di contrasto
- Cine RM cuore
- Angio RM
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) con o senza mezzo di contrasto
- Tomografia ad Emissione di Positroni (P.E.T.) per organo-distretto-apparato
- Scintigrafia qualunque organo apparato (compresa Miocardioscintigrafia)



PIANO BASE

- Tomoscintigrafia SPET miocardica
 - Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
- Diagnostica strumentale e specialistica:**
- Campimetria
 - EEG con privazione sonno
 - Elettrocardiogramma
 - Elettroencefalogramma
 - Elettroencefalogramma dinamico 24 ore
 - Elettromiografia
 - Elettroretinogramma
 - PHmetria esofagea e gastrica
 - Potenziali evocati
 - Spirometriapirometria
 - Tomografia mappa strumentale della cornea
 - Esame urodinamico
 - Fluorangiografia oculare

Biopsie:

- Tutte
- Biopsia del linfonodo sentinella e ricerca del linfonodo sentinella

Terapie:

- Chemioterapia
- Dialisi
- Radioterapia
- Laserterapia a scopo fisioterapico

PIANO PREMIUM

- Tomoscintigrafia SPET miocardica
 - Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
- Diagnostica strumentale e specialistica:**
- Campimetria
 - EEG con privazione sonno
 - Elettrocardiogramma
 - Elettroencefalogramma
 - Elettroencefalogramma dinamico 24 ore
 - Elettromiografia
 - Elettroretinogramma
 - PHmetria esofagea e gastrica
 - Potenziali evocati
 - Spirometriapirometria
 - Tomografia mappa strumentale della cornea
 - Esame urodinamico
 - Fluorangiografia oculare
 - ECG dinamico con dispositivi analogici (holter)
 - Ecografia endovascolare
 - Monitoraggio continuo della pressione arteriosa

Biopsie:

- Tutte
- Biopsia del linfonodo sentinella e ricerca del linfonodo sentinella

Terapie:

- Chemioterapia
- Dialisi
- Radioterapia
- Laserterapia a scopo fisioterapico

MONITOR SALUTE

PIANO BASE

PIANO PREMIUM

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli **iscritti con età maggiore o uguale a 50 anni**.

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

Per attivare il Servizio, l'iscritto dovrà compilare il **“Questionario Monitor - Salute”** presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni iscritto può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L'iscritto, seguendo le indicazioni che verranno fornite durante la compilazione del Questionario, dovrà semplicemente inviare la documentazione medica attestante la patologia cronica, sottoscrivere e inviare il consenso al trattamento dei dati personali e sottoscrivere e inviare il Modulo di Adesione al servizio.



In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'iscritto al fine di concludere la procedura di attivazione del servizio.

Nel caso in cui l'iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'iscritto.

Unisalute, attraverso il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'iscritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

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

VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INERENTI LA CONDIZIONE DI CRONICITA'

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

Per gli iscritti che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, la Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli iscritti, con le modalità sotto indicate.

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

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

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

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'iscritto.

Relativamente al Servizio Monitor Salute:

- per risolvere problemi di carattere tecnico, l'iscritto potrà **contattare il numero verde dedicato 800169009**
- per richiedere, invece, informazioni sul servizio, l'iscritto potrà **contattare il numero verde dedicato 800244262**



SERVIZI DI CONSULENZA

PIANO BASE

PIANO PREMIUM

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-009643 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 0516389046

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Gestione Professionisti.

c) Pareri medici immediati

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

SERVIZI DI ASSISTENZA

PIANO BASE

PIANO PREMIUM

SERVIZI DI ASSISTENZA ALLO STUDIO PROFESSIONALE O ALL'UFFICIO

a) Invio di un tecnico in caso di emergenza

Qualora presso lo studio professionale o l'ufficio dell'iscritto a causa di scasso di infissi a seguito di furto o di tentato furto, che ne comprometta la funzionalità in modo tale da non garantire la sicurezza dei locali dello studio professionale o dell'ufficio sia necessario un fabbro, un falegname, un elettricista o un idraulico per un intervento di emergenza, la Centrale Operativa provvederà all'invio di tecnici, tenendo la Compagnia a proprio carico



l'uscita e la manodopera fino ad un massimo di 5 ore e comunque fino alla concorrenza massima di **€ 180** per sinistro. Restano in ogni modo a carico dell'iscritto i costi relativi al materiale necessario per la riparazione.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire l'artigiano richiesto, la Compagnia provvederà a rimborsare all'iscritto le spese sostenute, per l'uscita dell'artigiano e per le prime 5 (cinque) ore di manodopera, fino al massimo di euro 180 dietro presentazione di regolare fattura.

b) Invio di un vetraio

Qualora l'iscritto, in seguito a furto o tentato furto presso il proprio studio professionale o ufficio con danneggiamento dei mezzi di chiusura, necessiti del pronto intervento di un vetraio, Unisalute provvederà ad inviarlo tenendo a proprio carico l'uscita, la mano d'opera ed i costi relativi al materiale necessario per la riparazione sino ad un massimo di **€ 180** per sinistro.

c) Assistenza di un fabbro in caso di scippo

Qualora, in caso di scippo subito dall'iscritto regolarmente denunciato alle autorità competenti, si renda necessaria la sostituzione della serratura dello studio professionale o dell'ufficio a causa della sottrazione delle chiavi, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un fabbro per risolvere il problema. Restano a carico di Unisalute l'uscita del fabbro e le prime 5 ore di manodopera sino ad un massimo di **€ 180** per sinistro.

Ogni sinistro deve essere corredato della denuncia alle Autorità competenti. Non verranno rimborsate fatture per interventi che non siano preventivamente denunciati e autorizzati dalla centrale operativa.

SERVIZI DI ASSISTENZA ALLA PERSONA

d) Invio di un medico

Qualora l'iscritto, in seguito a scippo, rapina, furto o tentato furto presso il proprio studio professionale o il proprio ufficio, o di scippo entro le 24 ore dall'evento, necessiti di un medico, la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

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

In casi di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'iscritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.



SERVIZI DI CONSULENZA ALLA PERSONA

e) Psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia

Qualora l'iscritto, durante un furto, una rapina o una truffa subito nello studio professionale o nell'ufficio in cui risiede o lavora, o uno scippo, abbia dovuto fronteggiare il malvivente, Unisalute – su richiesta dell'iscritto – proporrà l'invio a domicilio, entro 24 ore, di uno psicologo specializzato nella gestione delle emergenze, che deciderà se ricorrono le condizioni per l'attuazione di un trattamento psicoterapico finalizzato alla cura del trauma psichico subito. Unisalute, qualora ne ricorrano le condizioni, provvederà a segnalare all'iscritto il professionista con essa convenzionato presso il cui studio sarà reso possibile, entro 72 ore dal ricevimento della richiesta, l'avvio del trattamento prescritto. Unisalute terrà a proprio carico le spese relative ai servizi resi dai Professionisti. La copertura di cui sopra è valida nel caso di eventi che vedano coinvolte contemporaneamente meno di tre persone iscritte che la attivino.”

COPERTURE INFORTUNIO

PIANO BASE

PIANO PREMIUM

La Compagnia si obbliga, nei limiti previsti nella presente Sezione, ad indennizzare i danni subiti dall'iscritto in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni inerenti agli eventi garantiti.

La copertura si intende operante per gli infortuni non esclusi ai sensi del successivo capitolo “Casi di non operatività del Piano” previsto nelle “Condizioni generali”, occorsi durante l'operatività del presente Piano, che l'iscritto subisca nello svolgimento:

- a. delle attività professionali principali e secondarie;
- b. di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

La copertura infortuni è operante nei seguenti casi:

A) Invalidità permanente a seguito di infortunio

La copertura riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una invalidità permanente. La copertura è prestata anche se l'insorgere dell'invalidità permanente si verifica successivamente alla scadenza del Piano sanitario, ma, comunque, entro due anni dal giorno dell'infortunio verificatosi durante l'operatività del Piano stesso.

PIANO BASE:
somma garantita € 30.000

PIANO BASE PLUS:
somma garantita € 35.000

PIANO PREMIUM
somma garantita € 45.000

PIANO PREMIUM PLUS:
somma garantita € 50.000

B) Morte a seguito di infortunio

La copertura riguarda l'infortunio che ha come conseguenza la morte.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.



La copertura è prestata anche se la morte si verifica successivamente alla scadenza del Piano sanitario, ma, comunque, entro due anni dal giorno dell'infortunio verificatosi durante l'operatività del Piano sanitario.

PIANO BASE:
somma garantita € 30.000

PIANO BASE PLUS:
somma garantita € 35.000

PIANO PREMIUM
somma garantita € 45.000

PIANO PREMIUM PLUS:
somma garantita € 50.000

INTEGRAZIONE VOLONTARIA COPERTURA INFORTUNI

È possibile richiedere una integrazione al massimale della copertura infortuni con un contributo aggiuntivo annuale, come di seguito specificato:

CONTRIBUTO AGGIUNTIVO ANNUALE

€ 156,00

€ 311,00

MASSIMALE AGGIUNTIVO

€ 250.000,00

€ 500.000,00

Termini e condizioni per l'attivazione: v. pag. 16 e 18 della presente guida.

PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Sono ammessi al beneficio della copertura tutti gli Iscritti indipendentemente dalle loro eventuali condizioni di salute, restando comunque espressamente confermato quanto previsto al successivo punto "Condizioni patologiche preesistenti-criteri di indennizzabilità".

La contraente è pertanto esonerata dell'obbligo della denuncia delle infermità, difetti fisici, o mutilazioni da cui gli Iscritti fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Iscritto o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto a UniSalute entro 30 giorni dal sinistro o dal momento in cui l'Iscritto o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia del sinistro con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Successivamente, l'Iscritto deve documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici da inviare a UniSalute.

L'Iscritto o, in caso di morte, i beneficiari designati o gli eredi, deve consentire le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari da UniSalute.

L'Iscritto è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti da UniSalute e a fornire tutta la documentazione sanitaria, che solo su espressa richiesta sarà in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura.



L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

CONDIZIONI PATOLOGICHE PREESISTENTI – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

L'indennizzo viene corrisposto per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da minorazioni e da condizioni patologiche preesistenti. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui al successivo punto "Determinazione dell'invalidità permanente" sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Qualora l'infortunio colpisca un soggetto già affetto da altre invalidità è ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti e/o concorrenti.

Nel caso in cui l'infortunio colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata indennizzata per un precedente infortunio, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

EVENTI GARANTITI

La presente copertura riguarda i danni subiti dall'iscritto in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni sia professionali sia extra-professionali occorsi durante l'operatività del Piano sanitario.

INDENNITÀ PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

L'indennizzo per la copertura Invalidità permanente verrà liquidato applicando una franchigia del 15% sul grado di invalidità accertata.

Qualora quest'ultima sia di grado superiore al 50% l'indennizzo relativo viene liquidato senza applicazione di alcuna franchigia.

Nel caso di invalidità permanente superiore al 66% verrà corrisposta l'intera somma garantita.

L'indennità viene corrisposta per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute. Pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Per la determinazione del grado d'invalidità si farà riferimento alla tabella prevista al successivo punto "Determinazione dell'invalidità permanente".

La denuncia dell'infortunio deve essere inviata a UniSalute entro 30 giorni dall'infortunio stesso.

La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno



determinato e deve essere corredata da un certificato medico. Per quanto non regolato dal presente articolo valgono le condizioni generali del Piano sanitario.

DETERMINAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

La presente copertura riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una invalidità permanente.

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si manifesti entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza del Piano sanitario, viene liquidato un indennizzo per invalidità permanente parziale calcolato sulla somma garantita per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri qui di seguito elencati.

L'invalidità permanente viene accertata non prima di 12 mesi dalla data di denuncia a UniSalute, e comunque in base a giudizio medico sul grado di stabilizzazione della stessa.

TABELLA VALUTAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE (V. PAG. 44)

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui a pag. 44, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'iscritto.

Nel caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità permanente pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Per i casi non esplicitati nella tabella sopra citata, i parametri di riferimento saranno quelli contenuti nella tabella ANIA.

INDENNIZZO PER MORTE A SEGUITO DI INFORTUNIO

In caso di morte dell'iscritto a seguito di infortunio occorso durante l'operatività del Piano sanitario e non escluso ai sensi del successivo capitolo "Casi di non operatività del Piano" previsto nelle "Condizioni generali", verrà corrisposto un indennizzo come indicato a pag. 35.

Se l'infortunio che ha per conseguenza la morte dell'iscritto si verificasse entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, verrà liquidato ai beneficiari designati la



somma garantita per il caso di morte. In difetto di designazione, verrà liquidata tale somma, in parti uguali, agli eredi.

L'indennizzo per il caso di morte a seguito di infortunio non è cumulabile con l'indennizzo previsto per l'invalidità permanente a seguito di infortunio.

La denuncia dell'evento deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico che attesti il nesso di causalità fra il sinistro ed il decesso e da un certificato di ricognizione del defunto o esame autoptico.

LIQUIDAZIONE AI BENEFICIARI PER LA MORTE DELL'ISCRITTO

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, secondo la previsione di cui al punto B - pag. 34, verrà corrisposta la somma garantita ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'iscritto in parti uguali.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente ed in conseguenza dell'infortunio subito l'iscritto muore, verrà corrisposta ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

L'indennizzo previsto per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

La copertura è prestata anche nel caso in cui la morte si verifichi successivamente alla scadenza del Piano sanitario, ma comunque, entro due anni dal giorno dell'infortunio occorso durante l'operatività del Piano sanitario.

La copertura non è operante nel caso di morte presunta, ovvero qualora l'iscritto risulti scomparso a seguito d'infortunio indennizzabile dal Piano sanitario e l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, verrà corrisposta ai beneficiari la somma garantita per il caso di morte.

Resta convenuto che, nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più iscritti, l'esborso a carico di UniSalute non potrà superare la somma complessiva di € 2.000.000,00. Il presente limite s'intende unico.

SINISTRI CAGIONATI CON DOLO O CON COLPA GRAVE DELL'ISCRITTO

La Compagnia non è obbligata per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del Contraente, dell'iscritto o del Beneficiario.

È obbligata altresì per i sinistri conseguenti ad atti del Contraente, dell'iscritto o del Beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni alla Compagnia.

LIMITI DI RISARCIMENTO

Resta convenuto che, nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più iscritti, l'esborso a carico di UniSalute non potrà superare la somma complessiva di € 2.000.000,00. Il presente limite s'intende unico.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, UniSalute procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma garantita per ogni persona.



CONDIZIONI GENERALI

PIANO BASE

PIANO PREMIUM

CASI DI NON OPERATIVITA' DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le prestazioni mediche rese necessarie da difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
5. le prestazioni mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
6. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
7. 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;
8. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'iscritto;
9. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'iscritto con dolo o colpa grave;
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 guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
12. le conseguenze dirette o indirette di pandemie;
13. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;
14. le prestazioni non espressamente previste dal Piano sanitario.

Limitatamente alle prestazioni previste nella Sezione Seconda "infortuni" e in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, il Piano sanitario non è operante per le conseguenze di:

1. malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
2. alcolismo acuto o cronico, abuso di alcool e di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o psicotrope ed intossicazioni da esse derivanti, salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico;
3. guerra civile o straniera, tumulti, rissa, atti di terrorismo nei quali l'iscritto abbia avuto



parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;

4. infarti;
5. partecipazione attiva dell'iscritto ad atti criminali;
6. le conseguenze dirette ed indirette derivanti dallo sviluppo comunque insorto di energia nucleare o di radioattività;
7. le conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici.

Sono inoltre esclusi gli infortuni:

1. causati da reati dolosi commessi o tentati dall'iscritto, dalla sua partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti violenti in genere;
2. causati da stato di ebbrezza alcolica dell'iscritto alla guida di veicoli in genere;
3. occorsi all'iscritto alla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se lo stesso è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
4. occorsi all'iscritto alla guida di aeromobili, nonché quelli occorsi in qualità di membro dell'equipaggio;
5. causati da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare;
6. derivanti dalla pratica di attività sportive agonistiche, comprese le relative prove ed allenamenti;
7. causati da atti di terrorismo, sabotaggio e sequestro di persona, verificatisi fuori dal territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

PRIVACY

I dati che ciascun iscritto fornisce a seguito dell'iscrizione o per le richieste di prestazioni, sia in forma diretta che in forma indiretta, sono trattati dalla Cadiprof e da Ebipro rispettando le disposizioni previste dal Regolamento UE n° 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni.

Al momento del conferimento dati, viene data adeguata informativa e, se necessario, viene fatto sottoscrivere il consenso al trattamento dei dati, da parte dell'interessato.

I dati forniti da ciascun interessato, sia esso professionista o dipendente, sono utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali di welfare previste dal CCNL Studi Professionali. Nell'ambito del trattamento sono garantite la riservatezza e la tutela dei diritti di ciascun interessato.

Più ampia documentazione in merito, può essere reperita visitando il sito istituzionale www.ebipro.it



ALTRE INFORMAZIONI

PIANO BASE

PIANO PREMIUM

ESTENSIONE TERRITORIALE

Il Piano di assistenza ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

LIMITI DI ETÀ

Il Piano di assistenza è valido fino al raggiungimento del 99° anno di età dell'iscritto, cessando alla prima scadenza annuale del Piano stesso successiva al compimento di tale età da parte dell'iscritto.

GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA (FATTURE E RICEVUTE)

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'iscritto.

DECADENZA E PRESCRIZIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Per il professionista in copertura, il diritto alle prestazioni si estingue:

- a) Per cessazione della qualifica di socio/associato/collaboratore esterno e/o per cessazione di tutti i rapporti di lavoro, con decorrenza dal 1° giorno del mese successivo alla comunicazione di variazione;
- b) Per decesso del professionista. In tal caso il diritto al rimborso delle prestazioni è trasmesso agli eredi del professionista deceduto o a eventuali diversi beneficiari designati.

I dati relativi al decesso devono essere comunicati a Gestione Professionisti-Ebipro entro 15 giorni dall'evento, al fine di evitare il mantenimento di coperture non più dovute.

Ebipro può essere informato in merito ad eventuali decessi anche dalla Compagnia assicurativa qualora quest'ultima ottenga direttamente l'informazione da eredi/beneficiari di Professionisti deceduti nell'ambito delle richieste di prestazioni o da procedure di verifica massiva mediante sistemi istituzionali.

Il termine di prescrizione per la richiesta di prestazioni è di due anni decorrenti dalla data del verificarsi dell'evento che determina il diritto alla prestazione.



6. FAQ

1. **D. Il CCNL per gli Studi Professionali prevede l'assistenza anche per i datori di lavoro. Quanto deve versare il Professionista per ottenere la copertura automatica?**

R. Il versamento del contributo di € 22 previsto dal contratto per ciascun lavoratore dipendente iscritto alla bilateralità dà diritto alla copertura automatica anche per il datore di lavoro e per eventuali ulteriori soci/associati in relazione alla composizione dello studio (n.soci/n. dipendenti). Per le coperture automatiche non sono dovute somme ulteriori.

2. **D. Da quando è attiva la copertura automatica per i datori di lavoro ed in cosa consiste?**

R. La copertura automatica decorre dal 1° giorno del 4° mese successivo all'iscrizione di ciascun Professionista per chi è in regola con il pagamento dei contributi dovuti. In base ai lavoratori iscritti alla bilateralità ed al numero degli associati/soci che compongono lo studio/società si è titolari del piano formula BASE o di quello formula PREMIUM. In caso di studio associato/società la copertura automatica per ciascun socio/associato a cui spetta, decorre dal 1° giorno del 4° mese successivo alla iscrizione di ciascun socio/associato nella sezione "Gestione Professionisti" dell'area riservata del portale Cadiprof/Ebipro

3. **D. Come si fa a sapere di quale piano si è titolari?**

R. Si può verificare accedendo direttamente o tramite proprio consulente incaricato all'area riservata del portale Cadiprof/EBIPRO nella sezione Gestione Professionisti chiamando il numero verde Ebipro Gestione Professionisti 800 946 996 attivo dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 17.30.

4. **D. Se si è titolari del piano formula BASE è possibile passare al piano formula PREMIUM?**

R. E' possibile mediante piattaforma digitale BeProf o inoltrando richiesta alla Gestione Professionisti mediante il modulo per le coperture su richiesta disponibile nella sezione Gestione Professionisti del sito Ebipro e versando un contributo volontario di € 24 all'anno, con le modalità e nei termini previsti.

5. **D. Che differenza c'è tra il piano formula BASE ed il piano formula PREMIUM?**

R. Il piano formula PREMIUM garantisce massimali più elevati ed una più ampia e completa gamma di prestazioni.

6. **D. Se si fa parte di uno studio associato e non si usufruisce delle coperture automatiche, è possibile beneficiare comunque delle prestazioni?**

R. E' possibile mediante piattaforma digitale BeProf o inoltrando richiesta alla Gestione Professionisti mediante il Modulo per le coperture su richiesta disponibile nella sezione Gestione Professionisti del sito Ebipro e versando un contributo volontario di € 48 all'anno (per la formula BASE) o € 72 all'anno (per la formula PREMIUM), con le modalità e nei termini previsti.



7. D. Cosa prevedono le coperture BASE Plus e PREMIUM Plus rispetto alle coperture BASE e PREMIUM?

R. Le opzioni Plus per le formule BASE e PREMIUM prevedono massimali più alti per la garanzia infortuni per morte e invalidità permanente rispetto a quelli previsti dalle formule BASE e PREMIUM.

8. D. Un Professionista che non ha assunto lavoratori dipendenti o il Professionista che non applica il CCNL Studi Professionali può beneficiare delle prestazioni previste dal Piano Assistenza?

R. Il Professionista che non ha assunto lavoratori dipendenti e il Professionista che non applica il CCNL Studi Professionali possono acquistare le coperture previste per i datori di lavoro direttamente dalla piattaforma digitale BeProf, accedendo alla stessa, scegliendo la copertura desiderata ed effettuando l'acquisto mediante carta di credito.

9. D. Quali tipologie di copertura può acquistare il Professionista che non ha dipendenti o che non applica il CCNL Studi Professionali?

R. Il Professionista che non ha assunto lavoratori dipendenti e il Professionista che non applica il CCNL Studi Professionali accedendo direttamente a BeProf possono acquistare le seguenti coperture: Base (48 euro), Premium (72 euro), Integrazione Infortuni Professionisti (156 euro per ottenere un massimale aggiuntivo di 250.000 euro o 311 euro per ottenere un massimale aggiuntivo di 500.000 euro), Infortuni & Welfare Avvocati (70 euro per copertura Base con un massimale per la copertura infortuni di 130.000 euro), Integrazione Infortuni Avvocati (22 euro per ottenere un massimale aggiuntivo di 100.000 euro).

10. D. Quali sono la decorrenza e la validità delle coperture acquistate sulla piattaforma digitale BeProf?

R. Le coperture acquistate su BeProf decorrono dal 1° giorno del 2° mese successivo all'acquisto effettuato mediante carta di credito ed hanno 12 mesi di validità. Per il rinnovo l'acquisto deve essere effettuato entro l'ultimo giorno del mese precedente il termine della copertura in essere.

11. D. Cosa si deve fare per usufruire delle prestazioni previste dalla copertura?

R. E' necessario prenotare le prestazioni previste da effettuare presso le Strutture Sanitarie Convenzionate direttamente dal sito www.unisalute.it registrandosi nell'area riservata o contattando il numero verde Unisalute 800 009 643 attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30 (dall'estero prefisso internazionale dall'Italia +390516389046). Unisalute paga direttamente il costo delle prestazioni sanitarie autorizzate con l'esclusione delle somme che rimangono a carico dell'iscritto, se previste.

12. D. Dove è possibile trovare le Strutture Sanitarie Convenzionate?

R. Accedendo alla sezione "Centri Medici Convenzionati in tutta Italia" del sito www.unisalute.it o utilizzando il link www.unisalute.it presente nella sezione "Gestione Professionisti" del sito www.ebipro.it



7. TABELLA VALUTAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE

PERDITA ANATOMICA E FUNZIONALE DI:

- un arto superiore

• una mano

• un pollice

• un indice

• un medio

• un anulare

• un mignolo

• una falange ungueale del pollice

• una falange di altro dito della mano

• un arto inferiore al di sopra della metà della coscia

• un arto inferiore al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio

• un arto inferiore al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzio medio di gamba

• un piede

• ambedue i piedi

• un alluce

• un altro dito del piede

• la falange ungueale dell'alluce

PERDITA TOTALE ANATOMICA E FUNZIONALE DI:

- un occhio

• ambedue gli occhi

PERDITA ANATOMICA

- di un rene senza compromissioni significative della funzione urinaria

• della milza senza compromissione significativa della crisi ematica

STENOSI NASALE ASSOLUTA

- monolaterale

• bilaterale

ANCHILOSI

- della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola

70%

60%

18%

14%

8%

8%

12%

9%

1/3 del valore del dito

70%

60%

50%

40%

10%

5%

1%

2,5%

25%

100%

15%

8%

4%

10%

25%



• del gomito in angolazione compresa tra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%
• del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%
• dell'anca in posizione favorevole	35%
• del ginocchio in estensione	25%
• della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
• della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%
BLOCCO DELLA PROMO-SUPINAZIONE IN SEMIPRONAZIONE DELL'AVAMBRACCIO E DELLA MANO	7%
PARALISI COMPLETA DEL NERVO	
• radiale	35%
• ulnare	20%
• sciatico popliteo esterno	15%
ESITI DI FRATTURA SCOMPOSTA DI UNA COSTA	1%
ESITI DI FRATTURA AMIELICA SOMATICA CON DEFORMAZIONE A CUNEO	
• di una vertebra cervicale	12%
• di una vertebra dorsale	5%
• della dodicesima dorsale	10%
• di una vertebra lombare	10%
POSTUMI DI UN TRAUMA DISTORSIVO CERVICALE CON CONTRATTURA MUSCOLARE E LIMITAZIONE DEL MOVIMENTO DEL CAPO E DEL COLLO	2%
ESITI DI FRATTURA	
• del menisco laterale brachiale del ginocchio indipendentemente dal trattamento attuabile	3%
• del menisco mediale del ginocchio indipendentemente dal trattamento attuabile	2%
• di un metamero sacrale	3%
• di un metamero cocigeo con callo deforme e dolente	5%
LESIONE COMPLETA DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE DEL GINOCCHIO	9%
SORDITÀ COMPLETA DI:	
• un orecchio	10%
• ambedue le orecchi	40%
PERDITA DELLA VOCE	30%



8. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (rif. inabilità temporanea)

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 echinococchi 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
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA:

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale 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

TRAPIANTI DI ORGANO:

- Tutti



9. CONTATTI



Per tutte le informazioni sulle coperture, sui piani e per le modalità di richiesta delle prestazioni

- www.ebipro.it/gestioneprofessionisti
- gestioneprofessionisti@ebipro.it
- numero verde Ebipro Gestione Professionisti 800 946 996
dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.30



Per la registrazione alla piattaforma BeProf, per l'acquisto delle coperture disponibili e per tutte le informazioni sui servizi offerti

- www.beprof.it
- App BeProf
- Chat h24



Per le informazioni sulle prestazioni, per la registrazione per effettuare le prenotazioni e per conoscere le strutture convenzionate

- www.unisalute.it
- App Unisalute Up
- numero verde Unisalute 800 009 643 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30
- Per chiamate dall'estero: +39 051 6389046

