

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa assicurazione rivolta a persone giuridiche offre una copertura delle spese sanitarie nei casi di Malattia ed Infortunio e prestazioni di assistenza.



Che cosa è assicurato?

L'Assicurazione, operante in caso di Malattia (compreso l'evento parto) e di Infortunio avvenuti durante l'operatività della Polizza, permette all'Assicurato di ottenere l'Indennizzo delle spese mediche per forme di Ricovero, con o senza Intervento Chirurgico e di spese mediche extraricovero.

SPESA SANITARIA:

- ✓ **Ricovero:** le spese mediche per Ricovero in Istituto di cura (compreso parto e aborto terapeutico), Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale e Trapianti; in alternativa è prevista l'erogazione di una indennità per ogni giorno di ricovero.
- ✓ **Trasporto Sanitario:** UniSalute rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione.
- ✓ **Protesi ed Ausili ortopedici:** le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche a seguito di Malattia o Infortunio che abbiano determinato un Ricovero in Istituto di Cura.
- ✓ **Rimpatrio della salma:** In caso di decesso all'estero durante un ricovero, UniSalute rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma.
- ✓ **Alta Specializzazione:** le spese mediche extraospedaliere relative ad un elenco di prestazioni effettuate con macchinari altamente specializzati.
- ✓ **Visite specialistiche e accertamenti diagnostici:** le spese per accertamenti diagnostici e per visite effettuate da medico specialista.
- ✓ **Trattamenti fisioterapici riabilitativi:** le spese per le terapie fisiche riabilitative a seguito di Infortunio o Malattia.
- ✓ **Tickets per Accertamenti Diagnostici e Visite specialistiche:** rimborso delle spese relative ai tickets per Alta Specializzazione, Accertamenti Diagnostici, Visite specialistiche.
- ✓ **Prestazioni diagnostiche particolari – Prevenzione:** pagamento di un elenco specifico di prestazioni sanitarie effettuate per monitorare e prevenire l'insorgenza di stati patologici esclusivamente in strutture convenzionate con UniSalute.
- ✓ **Prestazioni odontoiatriche particolari – Prevenzione odontoiatrica:** il pagamento di una visita odontoiatrica e una seduta di igiene orale in strutture convenzionate con UniSalute.
- ✓ **Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero:** le spese sostenute per interventi chirurgici odontoiatrici a seguito di un elenco di patologie.
- ✓ **Stati di non autosufficienza consolidata/permanente:** in caso di comprovato stato di non autosufficienza permanente, è previsto un programma in strutture convenzionate di prestazioni sanitarie/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, le spese per la retta mensile.
- ✓ **Second opinion:** consulenza di elevato profilo medico specialistico erogata, sulla base della documentazione fornita dall'Assicurato, da una struttura di medici specialisti internazionali.

ASSISTENZA:

- ✓ **Servizi di assistenza:** prestazioni di aiuto immediato (quali l'invio di personale medico, l'invio di un'ambulanza, il trasferimento da e verso il centro di cura e varie altre) nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ **Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi organiche cerebrali. Si conviene che la sopravvenienza di tali dipendenze o Malattie durante la validità del contratto costituisce causa di cessazione dell'Assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.**
- ✗ Non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Malattia o Infortunio (compreso l'evento parto).



Ci sono limiti di copertura?

- ! Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Scoperti (espressi in percentuale) e Franchigie (esprese in cifra fissa) e massimali specifici per garanzia, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.
- ! **Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni** (salvo che queste non siano derogate dalle singole garanzie):
 - le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto e non dichiarati ad UniSalute o non evidenziati nel Questionario Sanitario con dolo o colpa grave;
 - le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula del contratto, incluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;
 - la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
 - le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
 - il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
 - le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
 - le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
 - l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
 - gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
 - le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di

chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di Infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di Polizza);

- le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale () quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di Polizza;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale nel mondo intero.



Che obblighi ho?

Per consentire ad UniSalute di valutare il Rischio occorre compilare in ogni sua voce il Questionario Sanitario, che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante del contratto. Esso deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o, se minore, da chi ne abbia la legale rappresentanza), sia in caso di emissione di un nuovo contratto che di sua sostituzione, e trasmesso ad UniSalute unitamente alla proposta.

Le dichiarazioni inesatte o reticenti o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile C.C.

Il Contraente e l'Assicurato, prima della sottoscrizione del Questionario sanitario, devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario stesso.



Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere pagato in un'unica soluzione via anticipata ad UniSalute oppure all'agenzia/Intermediario assicurativo di UniSalute, al quale è stato assegnato il contratto.

UniSalute può concedere il pagamento frazionato del Premio annuale in rate semestrali senza applicazione di oneri aggiuntivi



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Polizza, se il Premio o la prima rata sono stati pagati. Se il Premio o la prima rata di Premio non sono stati pagati, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento.

La Polizza può avere durata annuale o poliennale e cessa alla scadenza contrattualmente prevista. La Polizza è stipulata senza tacito rinnovo.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto cessa alla scadenza del periodo prefissato senza obbligo di disdetta.

Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

UniSalute S.p.A.

Prodotto: UniSalute PMI - Oro

Data: 01/09/2024 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).

Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet www.unisalute.it – indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it o info@unisalute.it.

La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell' 8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicuratrici: 1.00084.

Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: <https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2>

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2023 il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 273,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 114,4 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2023, è pari ad € 111,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 32,4 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 247,3 milioni e ad € 245,1 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2023, pari a 2,22 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 7,57 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

Al contratto si applica la legge italiana, quando il rischio è ubicato in Italia.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni, si precisa che tutte le coperture sono offerte nei limiti dei Massimali e/o delle Somme assicurate.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati i limiti contrattualmente indicati, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

LIMITAZIONI

Ricovero: le spese in strutture private o pubbliche convenzionate con UniSalute vengono erogate con l'applicazione di una franchigia di 800 (ottocento) euro - le spese in strutture private o pubbliche non convenzionate con UniSalute sono rimborsate con uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di 1.500 (millecinquecento) euro ed un massimo di 10.000 (diecimila) euro. È prevista l'erogazione di una indennità di 150 (centocinquanta) euro per ogni giorno di ricovero fino a 100 (cento) giorni, entro un massimale di 4.000 (quattromila) euro.

La garanzia prevede un massimale annuo di 250.000 (duecentocinquantamila) euro.

Trasporto sanitario: la garanzia prevede massimale di 1.500 (millecinquecento) euro per ricovero (5.000 (cinquemila) euro in caso di ricovero all'estero).

Protesi ed Ausili ortopedici: la garanzia prevede un massimale di 3.000 (tremila) euro.

Rimpatrio della salma: la garanzia prevede un massimale di 5.000 (cinquemila) euro.

Alta specializzazione: le spese in strutture private non convenzionate con UniSalute sono rimborsate con uno scoperto del 20% con una franchigia di 60 (sessanta) euro. La garanzia prevede un massimale annuo di 15.000 (quindicimila) euro.

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici: le spese in strutture private non convenzionate con UniSalute sono rimborsate con uno scoperto del 20% con una franchigia di 60 euro. La garanzia prevede un massimale annuo di 1.500 (millecinquecento) euro.

Trattamenti fisioterapici riabilitativi: le spese in strutture private non convenzionate con UniSalute sono rimborsate con uno scoperto del 20% con una franchigia di 60 (sessanta) euro. La garanzia prevede un massimale annuo di 500 (cinquecento) euro.

Tickets per Accertamenti Diagnostici e Visite specialistiche: La garanzia prevede un massimale di 1.000 (mille) euro.

Prestazioni diagnostiche particolari – Prevenzione: la garanzia viene prestata una volta l'anno solo in forma diretta, in strutture convenzionate con UniSalute, per un elenco specifico di prestazioni.

Prestazioni odontoiatriche particolari – Prevenzione odontoiatrica: le spese in strutture convenzionate rimangono a carico di UniSalute, Nel caso di utilizzo per la seduta di igiene orale di una struttura non convenzionata, è previsto il rimborso della spesa sostenuta con il limite di 60 (sessanta) euro all'anno. La garanzia prevede la fruizione delle prestazioni 1 volta all'anno.

Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero: la garanzia viene prestata solo in forma diretta in strutture convenzionate con UniSalute a seguito di un elenco specifico di patologie. La garanzia prevede un massimale annuo di 1.500 (millecinquecento) euro.

Stati di non autosufficienza consolidata/permanente: la garanzia prevede un massimale mensile di 800 (ottocento) euro.

Second opinion: le spese in strutture convenzionate rimangono a carico di UniSalute.

In aggiunta alle informazioni fornite nell'analogha Sezione del DIP DANNI, sono previste le seguenti ulteriori esclusioni:


Visite specialistiche e accertamenti diagnostici: sono escluse le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e le visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Denuncia di sinistro: Entro 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto, è possibile richiedere rimborso a UniSalute.</p> <p>E' possibile chiedere la prenotazione o comunicare l'appuntamento delle prestazioni extraricovero sul sito www.unisalute.it utilizzando la funzione "Fai una nuova prenotazione" disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti, oppure è possibile accedere ai servizi di prenotazione attraverso l'app "UniSalute Up" che si può scaricare direttamente su App Store e Play Store.</p> <p>In caso di ricovero, o nel caso in cui non possa accedere ad internet o non possa scaricare la app "UniSalute Up", l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa.</p> <p>In caso di sinistro relativo alle garanzie RICOVERO, l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico, oppure può utilizzare la app "UniSalute Up", e caricare la foto delle fatture e dei documenti richiesti per il rimborso.</p> <p>E' possibile comunque richiedere il rimborso inviando il modulo di denuncia del sinistro, copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute, prescrizione contenente la patologia presunta o accertata, certificato di Pronto Soccorso (in caso di prestazioni extraricovero, dove previsto dalle singole garanzie) o copia della cartella clinica o scheda di dimissione ospedaliera (in caso di prestazioni di ricovero) all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.</p> <p>In caso di Sinistro relativo alla garanzia Stati di non autosufficienza consolidata/permanente, l'Assicurato o l'amministratore di sostegno, il tutore legale o un familiare, deve telefonare alla Centrale Operativa, entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza, fornendo le informazioni richieste per poter usufruire delle prestazioni e consulenze.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: Il contratto prevede per RICOVERO, ALTA SPECIALIZZAZIONE, VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI, PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI, PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI, INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRA-RICOVERO, la possibilità di avvalersi di prestazioni di assistenza diretta, mediante l'accesso a Strutture sanitarie convenzionate con Unisalute a cui è affidata l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni. Unisalute fornisce inoltre informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti dei centri sanitari, sulla loro ubicazione e sui servizi.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: La gestione dei Sinistri avvenuti all'estero relativi alla garanzia Servizi di assistenza è affidata a Unipol Assistance S.c.r.l. società non assicurativa.</p>
	<p>Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p>UniSalute si impegna a pagare il Sinistro all'Assicurato entro 30 giorni da quando il medesimo è stato definito previo accordo o all'esito della procedura arbitrale, dietro presentazione della documentazione richiesta e salvo che non ricorra una delle esclusioni contrattualmente previste.</p>

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI</p>
<p>Rimborso</p>	<p>Non sono previste ipotesi di rimborso del premio a favore del Contraente.</p>

--	--



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Le coperture assicurative sono soggette alle seguenti carenze o aspettative che decorrono alle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> - del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni; - del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie; - del 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza; - del 180° giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le conseguenze di Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarate dall'Assicurato nel Questionario Sanitario ed accettate da UniSalute; se UniSalute rinuncia esplicitamente alla compilazione del Questionario Sanitario, per le Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto la decorrenza è sempre fissata dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza - del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e le malattie da puerperio; <p>Nel caso in cui la polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità di altra emessa dalla UniSalute, le carenze e operano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dal giorno di effetto dell'Assicurazione di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali risultanti da quest'ultima; - dal giorno di effetto dell'Assicurazione di cui al presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste. <p>Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, le carenze decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.</p>
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non è previsto diritto di ripensamento.
Risoluzione	Non è contrattualmente prevista la possibilità per il Contraente di risolvere il contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone giuridiche aventi esigenza principale di garantire a soggetti identificati - ed eventualmente ai loro nuclei familiari - delle coperture per i seguenti rischi malattia/infortunio: *Ricovero; Visite e accertamenti; Prevenzione odontoiatrica; Non Autosufficienza; Fisioterapia da Infortunio; nonché l'ottenimento di prestazioni di Assistenza.*



Quali costi devo sostenere?

costi di intermediazione: La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 18% del Premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali Reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, o il comportamento di UniSalute, dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (inclusi i relativi Dipendenti e Collaboratori) devono essere inoltrati per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami- Via Larga, 8- 40138 Bologna- Fax: 0517096892- e-mail: reclami@unisalute.it. Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei Reclami disponibile sul sito www.unisalute.it.</p> <p>I Reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita Iva) del Reclamante, nonché la descrizione della lamentela. È possibile anche inviare il Reclamo direttamente all'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi Dipendenti o Collaboratori.</p> <p>I Reclami relativi al comportamento degli Intermediari iscritti alla sezione B o D del Registro Unico Intermediari (Broker/Mediatore o Banche), nonché degli Intermediari assicurativi iscritti nell'elenco annesso, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al Reclamante entro il termine massimo di 45 giorni. Le informazioni utili per la presentazione dei Reclami sono riportate sul sito internet di UniSalute www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste. Una volta ricevuto il Reclamo, la funzione Reclami di UniSalute deve fornire riscontro al Reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il Reclamo riguardi il comportamento dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi Dipendenti e Collaboratori).</p> <p>Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del Reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il Reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it</p> <p>Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.</p> <p>I Reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e di UniSalute, contengono:</p> <ol style="list-style-type: none">nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;copia del reclamo presentato a UniSalute o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. <p>Le informazioni utili per la presentazione dei Reclami sono riportate anche sul sito internet di UniSalute: www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.</p> <p>- Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando tramite un avvocato di fiducia un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).

	Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> - Arbitrato irrituale: ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica possono essere demandate a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. - Commissione paritetica: La risoluzione delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione delle clausole contrattuali è demandata altresì alla apposita Commissione paritetica.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

UNISALUTE PMI - ORO

Contratto di assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE



COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01271/ 003/ 00000 / H – Ed. 01 / 09 / 2024

Documento redatto in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti



INDICE

GLOSSARIO	1
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	8
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	8
1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	8
2. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI	8
3. DURATA DELL' ASSICURAZIONE 	9
4. FORMA DELLE COMUNICAZIONI	9
5. DIRITTO DI RECESSO	9
6. VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE	9
QUANDO E COME DEVO PAGARE	10
7. PAGAMENTO DEL PREMIO 	10
CHE OBBLIGHI HO	10
8. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	10
9. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE	10
ALTRE NORME	11
10. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	11
11. OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	11
12. ALTRE ASSICURAZIONI	11
13. FORO COMPETENTE	11
14. LEGISLAZIONE APPLICABILE	11
15. REGIME FISCALE	11
16. RECLAMI	11
17. PERSONE NON ASSICURABILI	13
17 <i>bis</i> . DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO	13
18. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	14
SEZIONE SPESE SANITARIE	14
COSA ASSICURA	14
19. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	14
RICOVERO	14

20.	1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA	15
20.2	TRASPORTO SANITARIO	15
20.3	DAY-HOSPITAL.....	16
20.4	INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE.....	16
20.5	TRAPIANTI	16
20.6	PARTO E ABORTO	16
20.6.1	PARTO CESAREO	16
20.6.2	PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO	17
20.7	PROTESI ED AUSILI ORTOPEDICI	17
20.8	RIMPATRIO DELLA SALMA.....	17
20.9	MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	17
20.10	INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO	18
21.	MASSIMALE ASSICURATO.....	19
	TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI.....	20
	COSA ASSICURA.....	22
22.	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	22
23.	ALTA SPECIALIZZAZIONE	23
24.	VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	24
25.	TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI.....	25
26.	TICKETS PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE	25
27.	PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE	26
28.	PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE ODONTOIATRICA	27
29.	INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO.....	27
30.	STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	28
30.1	OGGETTO DELLA GARANZIA.....	28
30.2	CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	28
30.3	MASSIMALE MENSILE ASSICURATO	29
30.4	TERMINE PER L'INDENNIZZO	29
30.5	DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA.....	29
30.6	PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) e PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE / RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA.....	32
31.	SECOND OPINION	34
	TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI.....	36

CHE COSA NON È ASSICURATO	38
32. ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE.....	38
COME ASSICURA	39
33. ESTENSIONE TERRITORIALE.....	39
SEZIONE ASSISTENZA	39
34. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA	39
CHE COSA NON È ASSICURATO	42
34. 1 ESCLUSIONI	42
NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	43
35. DENUNCIA DEL SINISTRO	43
35.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON UNISALUTE	43
35. 2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON UNISALUTE	44
35.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.....	45
36. PAGAMENTO DEL SINISTRO	45
37. AREA TERRITORIALE SCOPERTA.....	45
38. DENUNCIA DEL SINISTRO PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	45
38.1 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DA PARTE DELLA SOCIETÀ.....	45
38.2 MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI	47
38.3 EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO ASSISTENZIALI	47
39. RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA	48
40. ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA....	48
41. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	49
42. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO ...	49
43. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	49
44. OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE.....	50
45. SECOND OPINION – CRITERI DI INDENNIZZABILITA'	50
46. INFORMATIVA “HOME INSURANCE” - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018.....	51
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	52
INFORMATIVA PRIVACY	55

Caro Cliente,


UniSalute PMI è la Polizza di UniSalute che permette di acquistare una copertura assicurativa per la protezione della salute, rivolta a persone giuridiche.

Nelle Condizioni di Assicurazione sono presenti:

- GLOSSARIO
- SEZIONE SPESE SANITARIE
- SEZIONE ASSISTENZA
- INFORMATIVA PRIVACY

Il Set informativo di UniSalute PMI è disponibile sul sito www.unisalute.it e Ti sarà comunque inviato tramite posta elettronica o con altre modalità da Te scelte al momento dell'acquisto della Polizza.

Che cosa sono i box di consultazione?

Per facilitare la consultazione e la lettura delle Condizioni di Assicurazione, abbiamo inserito appositi box di consultazione, contrassegnati con il simbolo della lente di ingrandimento , che forniscono informazioni aggiuntive e approfondimenti specifici relativi ad aspetti dell'Assicurazione di particolare rilevanza.

Specifichiamo, tuttavia, che i contenuti inseriti nei box di consultazione hanno solo una valenza esemplificativa di tematiche che potrebbero essere di difficile comprensione.

Grazie per l'interesse dimostrato.

GLOSSARIO

Nel "Glossario" specifichiamo il significato delle parole che, nel testo delle Condizioni di Assicurazione, trovi contraddistinte dalla lettera maiuscola iniziale; le parole al singolare includono il plurale e viceversa.

Aborto

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

Aborto spontaneo

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

Aborto terapeutico

Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale anche cruenta e/o invasiva atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia.

Agenti

Gli intermediari che agiscono in nome o per conto di una o più imprese di assicurazione o di riassicurazione, iscritti nella sezione A del Registro.

Amministratore di sostegno

Persona nominata dal Giudice Tutelare per svolgere atti sia in sostituzione che congiuntamente alla persona non autosufficiente; questa figura è stata istituita per tutelare e aiutare le persone con gravi stati di disabilità o non autosufficienza quindi la persona assistita mantiene la sua capacità di agire e di decidere.

Anno

Periodo di tempo pari a (365) trecentosessantacinque giorni, o a (366) trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

Assicurato

La persona nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione.

Assicurazione

La copertura assicurativa oggetto del presente contratto di assicurazione, come definito dall'Art 1882 del Codice Civile, oppure la copertura assicurativa oggetto di ciascuna garanzia del presente contratto di Assicurazione.

Assistenza

L'aiuto in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Assistenza Infermieristica

Attività relativa all'assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista

Atti elementari della vita quotidiana

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

Banca

Ciascun intermediario che agisce in nome o per conto di una o più Imprese di Assicurazione o di riassicurazione, iscritto nella sezione D del Registro.

Broker

Intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione o di riassicurazione iscritto nella sezione B del Registro

Case Manager (CM)

Infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.

Centrale Operativa

È la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico di UniSalute, le prestazioni previste dalla Polizza.

La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a:

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

Contraente

La persona giuridica che stipula la Polizza.

Day-hospital

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

Difetto fisico

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

Dipendenti e collaboratori

Le persone che, dietro compenso, su incarico degli Intermediari iscritti nelle sezioni A, B e D del Registro, svolgono l'attività di Intermediazione assicurativa e riassicurativa all'interno o, se iscritti nella sezione E del Registro, anche fuori dai locali dell'Intermediario per il quale operano.

Documentazione sanitaria

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei medicinali).

FIN-NET

La rete per la risoluzione extragiudiziale delle liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari nello Spazio economico europeo, istituita sulla base della Raccomandazione della Commissione europea 98/257/CE del 30 marzo 1998, riguardante i principi applicabili agli organi responsabili per la risoluzione extragiudiziale delle controversie in cui risultano coinvolti i consumatori.

Franchigia/e

La parte di danno determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Quando espressa in giorni indica il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Grandi interventi chirurgici

Interventi chirurgici e patologie riportati nelle Condizioni di Assicurazione.

Imprese di assicurazione

Le Imprese di Assicurazione autorizzate in Italia e le imprese di Assicurazione comunitarie che svolgono la loro attività in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi o in regime di stabilimento.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato da UniSalute in caso di Ricovero o Day-hospital, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il Ricovero o il Day-hospital stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post Ricovero o di Day-hospital, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di Polizza.

Indennizzo

La somma dovuta da UniSalute in caso di Sinistro.

Infortunio

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

Intermediari

Le persone fisiche o le società iscritte nel Registro unico elettronico degli intermediari assicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209

Intermediari iscritti nell'elenco annesso

intermediari assicurativi con residenza o sede legale in un altro Stato membro iscritti nell'elenco annesso al Registro di cui all'art. 116 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, abilitati ad operare in Italia in regime di stabilimento e di libera prestazione di servizi.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di medicinali.

Intervento chirurgico ambulatoriale

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

Istituto di cura

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

Ivass

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni.

Libera professione intramuraria

L'attività che il personale medico alle dipendenze dell' SSN esercita in forma individuale o di equipe, al di fuori dall'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'Assicurato e con oneri a carico dello stesso.

Lite transfrontaliera

La controversia tra un Contraente di uno Stato membro ed un'Impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro.

Malattia

Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia Malformazione o Difetto fisico, e non sia dipendente da Infortunio.

Malformazione

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

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di Polizza che rappresenta la spesa massima che UniSalute si impegna a prestare nei confronti delle persone Assicurate per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Massimale mensile

L'importo stabilito negli specifici articoli di Polizza che rappresenta la somma mensile massima che UniSalute si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Medicina non ufficiale

Insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute dalla Medicina Ufficiale o Accademica.

Medicinale/i

Sostanza o associazione di sostanze che possa essere usata sull'uomo o somministrata allo stesso allo scopo di ripristinare, correggere o modificare, funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica, che sia ritenuta idonea dall'Agenzia Italiana del Farmaco alla cura della patologia per la quale è stata prescritta.

Nucleo familiare

L'Assicurato, il relativo coniuge o il convivente more uxorio e i figli indicati in Polizza.

Periodi di carenza

Periodo nel quale non sono attive le garanzie del contratto e pertanto non possono essere autorizzate prestazioni dirette né rimborsate le spese sostenute.

Piano assistenziale Individualizzato (PAI)

È lo strumento operativo di eccellenza per l'area infermieristica; ha lo scopo di valutare la persona dal punto di vista clinico, assistenziale, sociale ed economico per elaborare un piano di Assistenza che soddisfi tutte le necessità riscontrate. Il PAI permetterà l'attivazione delle prestazioni medico/assistenziali che sono state valutate necessarie all'Assicurato non autosufficiente.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1888 del Codice Civile.

Premio

La somma dovuta dal Contraente ad UniSalute.

Presa in carico

Comunicazione di UniSalute alla Struttura sanitaria convenzionata in ordine alle prestazioni che UniSalute stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella Presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza

Documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medico curante e dall'Assicurato stesso o dal suo Tutore legale o dall'Amministratore di sostegno o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

Questionario Sanitario

Documento contenente le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la patria potestà, che costituisce parte integrante della Polizza.

Reclamante

Persona fisica o giuridica che sia titolata a far valere il diritto alla trattazione del Reclamo da parte dell'Impresa di assicurazione, dell'eventuale Intermediario assicurativo, ad esempio il Contraente o l'Assicurato.

Reclamo

Una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'Impresa di assicurazione, dell'eventuale Intermediario assicurativo o di un Intermediario assicurativo o di un Intermediario iscritto nell'elenco annesso, relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati Reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Registro

Il Registro unico elettronico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209

Retta di degenza

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

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

Rischio

La probabilità del verificarsi del Sinistro.

RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali)

Strutture non ospedaliere, ma comunque a carattere sanitario, che ospitano per un periodo variabile, da poche settimane al tempo indeterminato, le persone non autosufficienti che non possono essere assistite al domicilio fornendo un livello medio di Assistenza medica, infermieristica e riabilitativa e con un alto livello di Assistenza tutelare e alberghiera.

Scoperto/i

Percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni Sinistro, rimane a suo carico.

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario – avvenuta e fatturata durante l'operatività del contratto – per la quale è prestata l'Assicurazione, che comporta un'attività gestionale per UniSalute.

Stato di non autosufficienza consolidato

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

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi – dedicati al presente piano sanitario – con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Teladoc Health International

La società che coadiuva UniSalute nella gestione dei sinistri previsti alla garanzia "Second opinion".
Teladoc Health International, Paseo de la Castellana 79, 28046 Madrid, Spagna.

Terapie mediche

Insieme di prestazioni non chirurgiche con finalità terapeutiche, di mantenimento o prevenzione, praticate con l'utilizzo fra gli altri di farmaci o altri presidi medici analoghi.

Tutore legale

Con la procedura di interdizione il soggetto viene privato della capacità giuridica che viene attribuita a un'altra persona, denominata il Tutore, nominato dal Tribunale. L'interdizione è la misura giudiziale prevista nell'interesse del soggetto totalmente incapace di intendere e di volere a causa di un abituale infermità di mente e ha lo scopo di tutelare il soggetto disabile.

Il Tutore ha comunque la necessità dell'autorizzazione del Tribunale per gli atti di straordinaria amministrazione.

Unipol Gruppo S.p.A.

gruppo assicurativo leader in Italia nei rami Danni, le cui azioni ordinarie sono quotate alla Borsa Italiana ed al quale fanno capo diverse imprese di assicurazione, fra le quali UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e UniSalute S.p.A .

UniSalute

UniSalute S.p.A. è la Compagnia di Assicurazioni

Visita medica specialistica

La prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale nonché da altre tipologie di professionisti (quali a titolo esemplificativo il Biologo Nutrizionista).

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Polizza, se il Premio o la prima rata sono stati pagati. Se il Premio o la prima rata di Premio non sono stati pagati, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento.

2. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del **giorno di effetto** dell'Assicurazione per **gli Infortuni**;
- del **30° giorno** successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le **Malattie**;
- del **60° giorno** successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per **l'Aborto e le Malattie dipendenti da gravidanza**;
- del **180° giorno** successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di **Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarate dall'Assicurato nel Questionario Sanitario ed accettate da UniSalute**; se UniSalute rinuncia esplicitamente alla compilazione del Questionario Sanitario, per le Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto la decorrenza è sempre fissata dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione;
- del **300° giorno** successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per il parto e le Malattie da puerperio.

Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione– senza soluzione di continuità – di altra emessa da UniSalute o società appartenente ad Unipol Gruppo S.p.A. riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, le carenze operano:

- dal giorno di effetto dell'Assicurazione di cui alla Polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali risultanti da quest'ultima;
- dal giorno di effetto dell'Assicurazione di cui al presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i Periodi di carenza i decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Neonati

Nei primi 60 (sessanta) giorni di vita i neonati sono assicurati per le identiche garanzie e somme previste per la madre sempreché il parto sia indennizzabile ai termini di Polizza. Per i neonati sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di Malformazioni e di Difetti fisici.

3. DURATA DELL' ASSICURAZIONE¹

La Polizza può avere durata annuale o poliennale e cessa alla scadenza contrattualmente prevista. La Polizza è stipulata senza tacito rinnovo.

4. FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e UniSalute sono tenuti, devono essere fatte con lettera raccomandata o a mezzo fax.

5. DIRITTO DI RECESSO

Non è previsto il diritto di recesso, salvo il caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

6. VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Le variazioni nel numero e nelle generalità delle persone assicurate, che avvengano nel periodo di validità del contratto, devono essere comunicate per iscritto ad UniSalute. Quest'ultima, qualora sussistano le condizioni di assicurabilità delle persone da includere, sostituisce il contratto o emette appendice di variazione.

¹ **La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza?**

Il contratto è stipulato "senza tacito rinnovo", quindi la copertura si interrompe alla scadenza contrattualmente prevista.

QUANDO E COME DEVO PAGARE

7. PAGAMENTO DEL PREMIO²

Il Premio deve essere pagato in un'unica soluzione ed in via anticipata ad UniSalute oppure all'agenzia/Intermediario assicurativo di UniSalute, al quale è stata assegnata la Polizza.

UniSalute può concedere il pagamento frazionato del Premio annuale in rate semestrali, senza applicazione di oneri aggiuntivi.

CHE OBBLIGHI HO

8. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Per consentire ad UniSalute di valutare il Rischio occorre compilare in ogni sua voce il Questionario Sanitario, che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante dell'Assicurazione. Esso deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o, se minore, da chi ne abbia la legale rappresentanza), sia in caso di emissione di un nuovo contratto che di sua sostituzione, e trasmesso ad UniSalute unitamente alla proposta.

Le dichiarazioni inesatte e/o reticenti e/o le omissioni, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita automatica totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché l'annullamento dell'Assicurazione ai sensi degli articoli. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

9. AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE

Le circostanze legate al trasferimento della sede operativa o della sede legale dell'Azienda assicurata o le eventuali variazioni della professione degli assicurati possono influire sul Rischio. **Il Contraente, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, ha quindi l'obbligo di comunicare per iscritto a UniSalute dette circostanze.**

² Cos'è il Premio?

Il Premio, in un'Assicurazione, è il "prezzo" che occorre pagare a UniSalute per attivare la copertura assicurativa.

ALTRE NORME

10. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione successive alla stipula della Polizza devono essere provate per iscritto.

11. OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il Contraente si impegna a mettere a disposizione dei singoli beneficiari di Polizza le Condizioni di Assicurazione (o la Guida al piano sanitario se prevista), concordando preventivamente con UniSalute le opportune modalità di consegna o di messa a disposizione.

12. ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare a UniSalute l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso Rischio.

In caso di Sinistro, il Contraente, o l'Assicurato, **deve avvisare tutti gli assicuratori per iscritto e indicare a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile.**

L'Assicurato deve richiedere a ciascun assicuratore l'Indennizzo dovuto secondo la rispettiva assicurazione autonomamente considerata, purché le somme complessivamente ricevute non superino l'ammontare del danno.

13. FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato.

14. LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata al contratto è quella italiana, (quando il rischio è ubicato in Italia).

15. REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della Polizza.

Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo Premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- a) Rimborso spese sanitarie: 2,5%
- b) Assistenza: 10%

16. RECLAMI

Eventuali Reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, o il comportamento di UniSalute, dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (inclusi i relativi Dipendenti e Collaboratori) devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami- Via Larga, 8- 40138 Bologna- Fax: 0517096892- e-mail: reclami@unisalute.it**. Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei Reclami disponibile sul sito www.unisalute.it.

I Reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita Iva) del Reclamante, nonché la descrizione della lamentela. È possibile anche inviare il Reclamo direttamente all'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi Dipendenti o Collaboratori.

I Reclami relativi al comportamento degli Intermediari iscritti alla sezione B o D del Registro Unico Intermediari (Broker/Mediatore o Banche), nonché degli Intermediari assicurativi iscritti nell'elenco annesso, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al Reclamante entro il termine massimo di 45 giorni. Le informazioni utili per la presentazione dei Reclami sono riportate sul sito internet di UniSalute www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste. Una volta ricevuto il Reclamo, la funzione Reclami di UniSalute deve fornire riscontro al Reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il Reclamo riguardi il comportamento dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi Dipendenti e Collaboratori).

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del Reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il Reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

I Reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e di UniSalute, contengono:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei Reclami sono riportate anche sul sito internet di UniSalute : www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Si evidenzia che i Reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione della Lite transfrontaliera di cui sia parte, il Reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet <https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail->

[financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it](#) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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

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

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

17. PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi organiche cerebrali. Se tali Malattie sopravvengono durante la validità del contratto, l'Assicurazione termina alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

17 bis. DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193 che ha introdotto il cosiddetto "Diritto all'Oblio Oncologico" che stabilisce il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica da più di 10 (dieci) anni (5 (cinque) anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima dei 21 (ventuno) anni di età) a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione di salute nella fase di stipulazione o successivamente, nonché in fase di rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi.

Il successivo Decreto del 22 marzo 2024 ha poi stabilito che per alcune patologie oncologiche si applicano termini inferiori rispetto a quelli generali sopra indicati. Sono previsti ulteriori decreti attuativi e provvedimenti che completeranno il quadro normativo in materia.

Pertanto, laddove tali informazioni fossero erroneamente dichiarate dall'Assicurato o fossero già note alla Compagnia, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Per saperne di più e per tutti gli aggiornamenti normativi, l'Assicurato può consultare l'Informativa sempre aggiornata sul sito www.unisalute.it alla pagina dedicata.

18. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

SEZIONE SPESE SANITARIE

COSA ASSICURA

IN CASO DI RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

19. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera in caso di Malattia e di Infortunio avvenuti durante l'operatività della Polizza per le spese di Ricovero sostenute dall'Assicurato per: Ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;

- Day-hospital;
- Intervento chirurgico ambulatoriale;
- Trapianti;
- Protesi ed Ausili ortopedici;
- Rimpatrio della Salma.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi ad UniSalute con le modalità riportate nella sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI"

Le modalità di utilizzo vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

RICOVERO

20.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

UniSalute paga le spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- Ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e Visite specialistiche effettuati nei 120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del Ricovero, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di Ricovero in Istituto di cura non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate nel **limite di 250 (duecentocinquanta) euro al giorno**.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di Ricovero in Istituto di cura non convenzionato con UniSalute, la garanzia è prestata nel **limite di 55 (cinquantacinque) euro al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni per Ricovero**.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale **nel limite di 55 (cinquantacinque) euro al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero**.

g) Post Ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione del Ricovero, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero; Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

20.2 TRASPORTO SANITARIO

UniSalute rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il **massimo di 1.500 (millecinquecento) euro per Ricovero**.

Qualora, a seguito di Ricovero ospedaliero all'estero, si renda necessario, a giudizio dei medici curanti, il rientro dell'Assicurato in Italia, UniSalute rimborsa le spese per il rientro con i mezzi ritenuti più idonei dai medici curanti.

Tali mezzi potranno essere:

- L'aereo di linea in classe economica, se necessario con posto barellato;
- Il treno in prima classe e, se necessario, il vagone letto;
- L'autoambulanza.

UniSalute rimborsa le spese sostenute, compresa l'eventuale assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, **fino alla concorrenza di 5.000 (cinquemila) euro per Sinistro**.

20.3 DAY-HOSPITAL

Nel caso di Day-hospital, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le Visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

20.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di Intervento chirurgico ambulatoriale, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-Ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-Ricovero" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

20.5 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, UniSalute liquida le spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-Ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il Ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

20.6 PARTO E ABORTO

20.6.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in Struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-Ricovero" b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica,

medicinali, cure”, d) Retta di degenza, e) Accompagnatore, g) “Post-Ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata **fino ad un massimo di 10.000 (diecimila) euro per Anno assicurativo e per Assicurato**, sia in Strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

20.6.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e Aborto terapeutico effettuato sia in Struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata UniSalute, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-Ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto “Ricovero in Istituto di cura”, lettera g) “Post-Ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata **fino ad un massimo di 3.500 (tremilacinquecento) euro per Anno assicurativo e per Assicurato** sia in Strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

20.7 PROTESI ED AUSILI ORTOPEDICI

UniSalute rimborsa le spese per l’acquisto, la manutenzione e la riparazione di protesi ortopediche rese necessarie a seguito di Malattia o Infortunio che abbiano determinato un Ricovero in Istituto di cura. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, ecc.

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **3.000 (tremila) euro per Anno assicurativo e per Assicurato**.

20.8 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all’estero durante un Ricovero, UniSalute rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **5.000 (cinquemila) euro per Anno e per Assicurato**.

20.9 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Il convenzionamento dei medici opera esclusivamente quando svolgono la loro attività presso le Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute. In caso di Intervento chirurgico o di Ricovero medico la Struttura sanitaria si intende convenzionata solo se il personale medico/chirurgico è convenzionato.

Le prestazioni sono erogate nelle seguenti modalità:

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate, nel limite del Massimale assicurato, direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate applicando una **franchigia di 800 (ottocento) euro** che resterà a carico dell'Assicurato, ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero in Istituto di Cura":

lett. f) Assistenza infermieristica privata individuale;

punto "Trasporto Sanitario";

punto "Protesi e ausili ortopedici";

punto "Rimpatrio della salma";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

punto "Parto e Aborto";

che vengono liquidate alla Struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto indicato.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno **Scoperto del 20%, con il minimo di 1.500 (millecinquecento) euro e massimo di 10.000 (diecimila) euro** ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero in Istituto di cura":

lett. d) "Retta di degenza";

lett. e) "Accompagnatore";

lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto "Trasporto sanitario";

punto "Parto e Aborto";

punto "Protesi ed ausili ortopedici"

punto "Rimpatrio della salma";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

Qualora l'Assicurato sostenga durante il Ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, UniSalute rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; **in questo caso non verrà corrisposta l'Indennità sostitutiva**.

Qualora il Ricovero avvenga in regime di Libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute".

20.10 INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla UniSalute, né per le prestazioni effettuate durante il Ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, ferma restando la possibilità di

richiedere il rimborso per le spese di “pre” e “post Ricovero” con le modalità di cui ai punti “Ricovero in Istituto di cura” lett. a) Pre Ricovero e lett. g) Post Ricovero, avrà diritto a **un’indennità di 150 (centocinquanta) euro per ogni giorno di Ricovero per un periodo non superiore a 100 (cento) giorni per ogni Ricovero**. Le spese relative alle garanzie di “pre” e “post Ricovero” in questo caso vengono prestate senza l’applicazione di eventuali limiti previsti al punto “Modalità di erogazione delle prestazioni” ed assoggettate ad un **Massimale annuo pari a 4.000 (quattromila) euro**.

Qualora l’Assicurato abbia subito un Grande Intervento Chirurgico, intendendosi per tali quelli previsti e indicati alla Sezione “Elenco Grandi Interventi Chirurgici”, l’importo giornaliero dell’Indennità sostitutiva si intende raddoppiato. L’Indennità sostitutiva non verrà corrisposta al donatore e in caso di Ricovero in Day -Hospital.

21. MASSIMALE ASSICURATO

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate è di 250.000 (duecentocinquantamila) euro per Assicurato e per Anno.

Qualora l’Assicurato abbia subito un Grande Intervento Chirurgico, intendendosi per tali quelli ricompresi nell’allegato A delle Condizioni di Assicurazione e indicati alla Sezione “Elenco Grandi Interventi Chirurgici”, il Massimale si intende raddoppiato e non saranno applicati la Franchigia e gli scoperti previsti al punto a) ed al punto b) dell’art. “Modalità di erogazione delle prestazioni”.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni assicurate	Rif. Articolo	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in Strutture sanitarie convenzionate	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in Strutture sanitarie non convenzionate	Franchigie e Scoperti in SSN	Limiti	
					Sottomassimale	Massimale
RICOVERO, DAY-HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE, TRAPIANTI, PARTO E ABORTO TERAPEUTICO	20.1 20.3 20.4 20.5 20.6	Liquidazione diretta a carico di UniSalute Con applicazione Franchigia di 800 (ottocento) euro	Scoperto del 20%, con il minimo di 1.500 (millecinquecento) euro e massimo di 10.000 (diecimila) euro		(PARTO CESAREO) 10.000 (diecimila) euro per Anno e per Assicurato	Massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie pari a 250.000 (duecentocinquanta) euro per Assicurato e Anno che raddoppia in caso di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico
<u>Pre Ricovero</u>	20.1	Rimborso integrale delle spese	Scoperto del 20%, con il minimo di 1.500 (millecinquecento) euro e massimo di 10.000 (diecimila) euro		(PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO) 3.500 (tre milacinquecento) euro per Anno e per Assicurato	
<u>Intervento chirurgico</u>	20.1	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Scoperto del 20%, con il minimo di 1.500 (millecinquecento) euro e massimo di 10.000 (diecimila) euro			
<u>Assistenza medica, medicinali, cure</u>	20.1	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Scoperto del 20%, con il minimo di 1.500 (millecinquecento) euro e massimo di 10.000			

			(diecimila) euro			
<u>Rette di degenza</u>	20.1	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Limite di 250 (duecentocinquanta) euro al giorno			
<u>Accompagnatore</u>	20.1	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Sottolimito di 55 (cinquantacinque) euro al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero			
<u>Assistenza infermieristica privata individuale</u>	20.1	Sottolimito di 55 (cinquantacinque) euro al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero	Sottolimito di 55 (cinquantacinque) euro al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero			
<u>Post Ricovero</u>	20.1	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Scoperto del 20%, con il minimo di 1.500 (millecinquecento) euro e massimo di 10.000 (diecimila) euro			
<u>TRASPORTO SANITARIO</u>	20.2	Sottolimito di 1.500 (millecinquecento) euro per Ricovero (5.000 cinquemila euro in caso di ricovero all'estero)	Sottolimito di 1.500 (millecinquecento) euro per Ricovero (5.000 cinquemila euro in caso di ricovero all'estero)			

<u>PROTESI ED AUSILI ORTOPEDICI</u>	20.7	Sottolimito di 3.000 (tremila) euro per Anno e per Assicurato	Sottolimito di 3.000 (tremila) euro per Anno e per Assicurato			
<u>RIMPATRIO DELLA SALMA</u>	20.8	Limite di 5.000 (cinquemila) euro per Anno e per Assicurato	Limite di 5.000 (cinquemila) euro per Anno e per Assicurato			
<u>RICOVERO: INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO</u>	20.10	Garanzia prevista solo in SSN	Garanzia prevista solo in SSN	Importo giornaliero di 150 (centocinquanta) euro fino a 100 giorni di Ricovero (con raddoppio dell'importo in caso di Ricovero per Grande Intervento)	PRE E POST RICOVERO 4.000 (quattromila) per Anno e per Assicurato	
Pre Ricovero	20.10	Rimborso integrale delle spese	Rimborso integrale delle spese			
Post Ricovero	20.10	Rimborso integrale delle spese	Rimborso integrale delle spese			

COSA ASSICURA

PRESTAZIONI ASSICURATE IN ASSENZA DI RICOVERO

22. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera in caso di Malattia e in caso di Infortunio avvenuti durante l'operatività del contratto per le spese extraricovero sostenute dall'Assicurato per:

- Prestazioni di Alta specializzazione;

- Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici;
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- Tickets per Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche;
- Prestazioni diagnostiche particolari – Prevenzione;
- Prestazioni odontoiatriche particolari – Prevenzione odontoiatrica;
- Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- Stati di non autosufficienza consolidata/permanente;
- Second opinion.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi ad UniSalute.

Le modalità di utilizzo vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

23. ALTA SPECIALIZZAZIONE

UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraricovero, non connesse a Ricovero ospedaliero e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuti durante l'operatività della Polizza:

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) "anche digitale"

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia

- Urografia
- Vescicolodeferentografia
- Video angiografia
- Wirsungrafia

Accertamenti

- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

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

Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di Scoperti o Franchigie.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di **uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni Accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

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

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a 15.000 (quindicimila) euro per Assicurato e per Anno.

24. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

UniSalute provvede al pagamento delle spese per Visite specialistiche e per Accertamenti diagnostici non connessi al Ricovero ospedaliero e conseguenti a Malattia o a Infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia. **Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.**

Relativamente alle Visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specializzazione del medico attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di Scoperti o Franchigie.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a Strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni Visita specialistica o Accertamento diagnostico.**

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

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a 1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato.

25. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

UniSalute provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di Infortunio o Malattia, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente all'Infortunio o alla Malattia denunciati e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 euro per (sessanta) fattura.**

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

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a 500 (cinquecento) euro per Assicurato.

26. TICKETS PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale UniSalute rimborsa, nei limiti del Massimale assicurato, le spese relative ai tickets per Accertamenti Diagnostici e Visite specialistiche, conseguenti a Malattia o Infortunio.

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

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a 1.000 (mille) euro per Assicurato.

27. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE

UniSalute paga le prestazioni elencate effettuate una volta l'anno dall'Assicurato in Strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa a seguito di 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 e sono finalizzate a prevenire l'insorgenza di patologie coperte dalla Polizza.

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

Prestazione previste per gli uomini

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Visita urologica + PSA (oltre i 40 anni)

Prestazione previste per le donne

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia

- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Visita ginecologica + pap-test (oltre i 40 anni)

28. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE ODONTOIATRICA

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'Assicurazione" al punto 14, UniSalute paga una Visita specialistica e una seduta di igiene orale professionale all'Anno in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa a seguito di prenotazione di prestazioni odontoiatriche.

Nel caso di utilizzo per la seduta di igiene orale di una struttura non convenzionata, è previsto il **rimborso della spesa sostenuta con il limite di 60 (sessanta) euro all'Anno.**

Nel caso in cui, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso Anno, UniSalute autorizza e liquida nei limiti sopra indicati.

Inoltre, per altre prestazioni odontoiatriche che si rendessero necessarie, l'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della rete convenzionata, di un'autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assicurati di UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto, stabilendo un Piano di Cura. **Il costo di queste prestazioni resta a carico dell'Assicurato.**

29. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'Assicurazione" al punto 14, UniSalute liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie comprese le prestazioni d'implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché dovuti alle seguenti patologie:

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

Si specifica che:

- Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di Scoperti o Franchigie.
- Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.
- Non è prevista la possibilità di chiedere il rimborso per le prestazioni effettuate in Strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute.

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

La Documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione è la seguente:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso e ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma e odontoma.

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di 1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato.

30. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

30.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'Assicurazione" al punto 12 UniSalute, nel limite del Massimale mensile di cui all'articolo "Massimale mensile assicurato", garantisce attraverso la propria rete di Strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo articolo "Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in RSA" punto 4), sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Assicurato.

30.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

All'effetto di Polizza, ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere limitazioni per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a. Lavarsi
 - b. Vestirsi e svestirsi
 - c. Andare al bagno e usarlo
 - d. Spostarsi
 - e. Continenza

- f. Nutrirsi
2. **Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.**
 3. **Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.**
 4. **Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.**
 5. Aver compiuto 18 anni al momento di effetto della Polizza.

30.3 MASSIMALE MENSILE ASSICURATO

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", **il Massimale mensile garantito per il complesso delle garanzie sottoindicate, corrisponde a 800 (ottocento) euro.**

30.4 TERMINE PER L'INDENNIZZO

UniSalute riconosce l'Indennizzo se l'Assicurato si trova ancora in vita dopo 60 (sessanta) giorni dalla denuncia scritta a UniSalute dello stato di non autosufficienza.

30.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari della vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'Assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il seguente "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza").

SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DI NON AUTOSUFFICIENZA:

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno

5

3° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno

10

VESTIRSI E SVESTIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi

5

3° grado

L'Assicurato necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi

10

ANDARE AL BAGNO E USARLO

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte

di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare in bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)

5

3° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)

10

SPOSTARSI

PUNTEGGIO

1° grado L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente

all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi

0

2° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della

residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore

5

3° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della

residenza abituale solo con l'assistenza di terzi

10

CONTINENZA

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è completamente continente

0

2° grado

L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno

5

3° grado

L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia

10

NUTRIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività

preparatorie:

- sminuzzare/tagliare cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

5

3° grado

L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale

10

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

L'Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito ai sensi di Polizza (art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", dovrà telefonare alla Centrale UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al **numero verde 800-009934** (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del Massimale mensile previsto all'art. "Massimale mensile assicurato" e previa valutazione di UniSalute, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità descritte.

UniSalute intervistando telefonicamente l'Assicurato, l'Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora UniSalute valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socio-sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case manager provvede inoltre ad inviare all'Assicurato una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l'Assicurato, l'Amministratore di sostegno o il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà produrre la documentazione specificata all'articolo

“RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DI UNISALUTE”. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della Documentazione sanitaria pervenuta, UniSalute si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio medico e del Case Manager.

1) Nel caso in cui UniSalute riconosca lo Stato di non autosufficienza consolidato, all'Assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari.

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sottoelencate, UniSalute, nei limiti del Massimale mensile di cui all'art. “Massimale mensile assicurato”, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Assicurato che nelle strutture stesse.

All'Assicurato verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico di UniSalute, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato e quelle eventualmente rifiutate dall'Assicurato. Questo documento dovrà essere firmato dall'Assicurato, dall'Amministratore di sostegno o Tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato, per accettazione del PAI.

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

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

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

UniSalute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con UniSalute utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

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

2) Nel caso in cui UniSalute riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari.

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

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

UniSalute si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Assicurato comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, UniSalute rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite di UniSalute, nei limiti del Massimale mensile. Qualora invece le condizioni dell'Assicurato non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Assicurato stesso.

3) Nel caso in cui UniSalute non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Assicurato.

Laddove il punteggio assegnato da UniSalute al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'Assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), UniSalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

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

31. SECOND OPINION

L'Assicurato può richiedere ad UniSalute una verifica sul responso ottenuto dai sanitari curanti relativamente ad una diagnosi o ad un'impostazione terapeutica rientrante nell'elenco di patologie definito all'art. "Second Opinion - Criteri di indennizzabilità".

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni assicurate in assenza di RICOVERO	Rif. Articolo	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in Strutture sanitarie convenzionate	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in Strutture sanitarie non convenzionate	Franchigie e Scoperti in SSN	Limiti
ALTA SPECIALIZZAZIONE	23	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni Accertamento diagnostico o ciclo di terapia	Rimborso integrale dei Tickets	15.000 (quindicimila) per Anno e per Assicurato
VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	24	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni Visita specialistica o Accertamento diagnostico	Rimborso integrale dei Tickets	1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI	25	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per fattura/Assicurato	Rimborso integrale dei Tickets	500 (cinquecento) euro per Assicurato
TICKETS PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE	26			Rimborso integrale dei Tickets	1.000 (mille) euro per Assicurato
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI - PREVENZIONE	27	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Garanzia prevista solo in Strutture convenzionate	Garanzia prevista solo in Strutture convenzionate	Una volta l'anno
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI - PREVENZIONE ODONTOIATRICA	28	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Solo per sedute di igiene orale con un Sottolimito di 60 (sessanta) euro all'anno	Non previsto	

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	29	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Non previsto	Rimborso integrale dei Tickets	Limite annuo di 1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato
STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	30	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Garanzia prevista solo in Strutture convenzionate	Garanzia prevista solo in Strutture convenzionate	800 (ottocento) euro mensili
SECOND OPINION	31	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Garanzia prevista solo in Strutture convenzionate	Garanzia prevista solo in Strutture convenzionate	

CHE COSA NON È ASSICURATO

IN CASO DI RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO” e “PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEQUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO IN ASSENZA DI RICOVERO”

32. ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante per:

1. Le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula della Polizza e non dichiarati ad UniSalute o non evidenziati nel Questionario Sanitario con dolo o colpa grave,
2. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula della Polizza, incluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;
3. la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
4. le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
5. il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
6. le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
7. le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
8. l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
9. gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
10. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di Infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di Polizza);
11. le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
12. le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere Assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
13. le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di cura;
14. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;

15. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di Terapie mediche indennizzabili a termini di Polizza;
16. le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
17. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio.

COME ASSICURA

“IN CASO DI RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO” e ALLA SEZIONE “PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO IN ASSENZA DI RICOVERO”

33. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo secondo le seguenti modalità:

- Nel caso di permanenza dell'Assicurato all'estero per motivi di lavoro, di studio o di turismo, la garanzia è operante per le spese sanitarie sostenute per l'Assistenza medica d'urgenza conseguente a Malattia o a Infortunio senza le penalizzazioni previste per le strutture non convenzionate. L'urgenza deve essere certificata dalla struttura sanitaria che fornisce le prestazioni.
- Le prestazioni senza carattere d'urgenza erogate all'estero verranno rimborsate senza l'applicazione delle penalizzazioni previste per le strutture non convenzionate solamente in seguito ad autorizzazione preventiva della Centrale Operativa, che sarà concessa nel caso in cui le Terapie mediche e/o chirurgiche di cui l'Assicurato necessita non possano essere ottenute in Italia per la particolare tecnica medica o, pur potendo essere ottenute in Italia, in tempi che ne compromettano l'efficacia terapeutica.
- Qualora l'Assicurato, senza la preventiva autorizzazione, si sottoponga a prestazioni sanitarie all'estero, il rimborso verrà effettuato con l'applicazione delle franchigie e/o degli scoperti previsti per le strutture sanitarie non convenzionate.

SEZIONE ASSISTENZA

34. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al **numero verde 800-009934** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

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

c) Pareri medici immediati

A seguito di Infortunio o di Malattia l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica dai medici UniSalute.

I **seguenti servizi di Assistenza** vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al **numero verde 800-212477** tutti i giorni della settimana per tutto l'arco delle 24 ore. Per quanto concerne in particolare le prestazioni di Assistenza, UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenuti.

d) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di Infortunio o di Malattia, l'Assicurato, in Italia, necessita di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

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

e) Rientro dal Ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di Infortunio o di Malattia l'Assicurato necessita di trasporto in autoambulanza, successivamente al Ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel **limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento**.

f) Trasferimento in centro medico specializzato

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

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

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

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata può, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

All'estero

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

g) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di Malattia o di Infortunio, l'Assicurato necessiti di un Ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel **limite di 100,00 euro per Sinistro**.

h) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di Malattia o di Infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa invia con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

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

i) Rimpatrio sanitario

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

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

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica. Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'Assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

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

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

CHE COSA NON È ASSICURATO

34. 1 ESCLUSIONI

La Struttura Organizzativa non fornisce:

- a) le Prestazioni non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà ed urgenza;
- b) alcun aiuto in alternativa, nemmeno a titolo di compensazione con quanto non goduto, se l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisce o usufruisce solo parzialmente delle Prestazioni.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

35. DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente chiedere la prenotazione o comunicare l'appuntamento delle prestazioni extraricovero, sul sito www.unisalute.it utilizzando la funzione "Fai una nuova prenotazione" disponibile nella Home Page all'interno dell'Area Servizi Clienti.

È possibile, inoltre, accedere ai servizi di prenotazione delle prestazioni extraricovero, attraverso l'app "UniSalute Up" che si può scaricare direttamente su App Store e Play Store.

I servizi presenti sul sito www.unisalute.it e in UniSalute Up, permettono inoltre di visualizzare l'agenda degli appuntamenti per poterli modificare o disdire.

In caso di Ricovero, o nel caso in cui non possa accedere ad internet o non possa scaricare la app "UniSalute Up", l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al **numero verde gratuito 800-009934** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

All'interno dell'Area riservata accessibile dal sito www.unisalute.it, l'Assicurato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico piano sanitario.

Qualora l'Assicurato utilizzi una Struttura sanitaria convenzionata, senza avere preventivamente contattato UniSalute, le spese sostenute potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di Polizza.

35.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON UNISALUTE

Per la prenotazione delle prestazioni l'Assicurato deve utilizzare i servizi indicati al punto "Denuncia del Sinistro".

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, al momento della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della Malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/ o terapeutiche richieste.

UniSalute invia alla Struttura convenzionata la Presa in carico relativa alle prestazioni che rientrano in copertura. La Presa in carico è valida nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

In caso di Ricovero, per permettere UniSalute di valutare la copertura, è necessario inviare la documentazione necessaria all'istruttoria della pratica, almeno 10 giorni prima della data prevista per l'evento.

In caso di Ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano sanitario, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

UniSalute liquida direttamente alla Struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega UniSalute a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di Polizza.

La Struttura sanitaria convenzionata non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di Polizza, eccedenti il Massimale assicurato o non autorizzate.

Nel caso in cui sia effettuata in una Struttura sanitaria convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'assicurato potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di Polizza. L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

35. 2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON UNISALUTE

Per chiedere il rimborso delle spese, l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico, oppure utilizzando la app "UniSalute Up", caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti per il rimborso.

E' possibile comunque richiedere il rimborso delle spese sostenute, inviando alla Società documentazione cartacea, per questo l'Assicurato deve inviare a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO, la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del Sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di Ricovero (*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale (*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante.
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte di UniSalute, deve produrre specifica e adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

(*) Tutta la Documentazione sanitaria relativa alle prestazioni precedenti e successive al Ricovero / Intervento chirurgico ambulatoriale, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

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

In ogni caso l'Indennizzo sarà pagato in euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, se necessario anche autorizzando i medici che l'hanno visitato e curato a superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo Sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, con le modalità previste nelle singole garanzie di Polizza al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

35.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i Ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

Per chiedere il Rimborso di quanto speso l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico.

36. PAGAMENTO DEL SINISTRO

UniSalute provvede al pagamento del Sinistro entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'importo previo accordo tra UniSalute e l'Assicurato, o da quello in cui è stato redatto il verbale delle operazioni arbitrali ai sensi dell'articolo "Controversie e Arbitrato Irrituale".

37. AREA TERRITORIALE SCOPERTA

Nel caso in cui l'Assicurato sia residente ad una distanza superiore ai 20 km, o comunque in una provincia diversa rispetto alla Struttura sanitaria convenzionata con Unisalute più vicino alla residenza stessa, per usufruire della prestazione richiesta l'Assicurato potrà avvalersi, previa autorizzazione della Centrale Operativa di UniSalute, di una Struttura sanitaria non convenzionata. In questo caso è previsto il rimborso integrale delle spese sostenute nei limiti e nei Massimali previsti dalla prestazione. Tale condizione non opera per le prestazioni relative al Ricovero, Day Hospital ed Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

38. DENUNCIA DEL SINISTRO PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

38.1 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DA PARTE DELLA SOCIETÀ

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, il suo Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà:

a) chiamare il **numero verde gratuito** 800-009934 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre a UniSalute ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.

b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del Sinistro, da spedire a: UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:

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

Il tardivo o omesso contatto con la Centrale Operativa potrebbe comportare l'impossibilità per UniSalute di erogare il miglior servizio nell'ambito della propria rete convenzionata.

UniSalute ha la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad una o più visite medico legali.

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

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in Polizza decorre dal momento in cui UniSalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

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

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

Tutta la documentazione, comprensiva del Questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata a UniSalute.

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

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato;
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute;

UniSalute avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato da UniSalute quando il contratto sia ancora in vigore e:

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

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in Polizza, con le modalità di cui agli articoli "Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali" e "Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA" decorre dal momento in cui UniSalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

38.2 MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di UniSalute secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, oltre all'attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti all'articolo "Massimale mensile assicurato" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli "Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali" e "Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA":

- erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato;
- rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA.

38.3 EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO ASSISTENZIALI

In caso di erogazione delle prestazioni avvalendosi di strutture e/o di personale convenzionati con UniSalute, la stessa liquida direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l'Assicurato opti per il pagamento diretto da parte di UniSalute, della badante, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'Assicurato oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo Amministratore di sostegno o Tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

La Struttura e/o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di Polizza, eccedenti la somma assicurata o non autorizzate da UniSalute.

39. RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA

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

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

Il fascicolo dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle rette di degenza in RSA.

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

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

40. ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

UniSalute si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un medico

di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

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

41. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da UniSalute effettuate in Strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

UniSalute conserva e allega ai sinistri la documentazione di spesa ricevuta in copia dall'Assicurato.

Nei casi in cui UniSalute richiede la produzione degli originali, svolte le opportune verifiche li restituisce all'Assicurato.

UniSalute, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, invia i seguenti riepiloghi in caso di richiesta da parte dell'Assicurato alla Centrale Operativa:

1. riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese;
2. riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

42. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile, il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente Assicurazione è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

43. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Ferma la libertà di adire all'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicili elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, mentre le spese del terzo Arbitro verranno remunerate dalla Parte soccombente.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

44. OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE

In caso di prestazione sanitaria effettuata in Istituto di cura convenzionato o no, qualora si dovesse accertare l'inoperatività e/o inefficacia dell'Assicurazione, ne sarà data comunicazione all'Assicurato il quale, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2033 del Codice Civile, dovrà restituire a UniSalute tutte le somme indebitamente versate all'Istituto di cura o rimborsate all'Assicurato stesso.

45. SECOND OPINION – CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

1) Consulenza Interna. UniSalute, attraverso Teladoc Health International, fornisce un servizio che si sostanzia nel rilascio di un referto scritto da parte dei medici associati a Teladoc Health International specialisti nella specifica patologia, reso sulla base dell'analisi dei referti medici prodotti dall'Assicurato e dell'esame dei principali risultati diagnostici presentati. La relazione scritta includerà una sintesi delle informazioni riguardanti il medico interpellato sul caso, comprendente la specializzazione, la formazione e l'esperienza maturata.

2) Trova il miglior medico. UniSalute, attraverso Teladoc Health International, fornisce un servizio che metterà in contatto l'Assicurato con un massimo di tre specialisti esperti nel trattamento di quella particolare Malattia.

Teladoc Health International ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della Malattia, tenendo conto, per quanto possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.

3) Trova la migliore Cura. UniSalute, attraverso Teladoc Health International, prende tutti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza, e fornisce un servizio di Assistenza telefonica all'Assicurato 24 ore su 24. Inoltre, Teladoc Health International supervisiona il corretto addebito delle prestazioni, garantendo che la fatturazione sia esatta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Teladoc Health International consente sconti significativi sulle tariffe mediche.

Il complesso delle prestazioni suindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Insufficienza renale
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus

- Ustioni Gravi

Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

L'Assicurato può sottoporre i responsi ricevuti dai propri medici curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, alla verifica da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche, contattando direttamente la Centrale Operativa di UniSalute attraverso il numero verde 800-009934. In tal modo l'Assicurato verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà inviare a UniSalute la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata da UniSalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione di un terapeuta italiano o estero esperto in quella specifica patologia.

46. INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018

Ai sensi del 2. comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

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 della 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 timpanogiugulari*

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 retto-coliche 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*
- *Cistoprostatovesicolectomia*
- *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*
- *Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica*
- *Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia*

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

CHIRURGIA PEDIATRICA

(gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

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

TRAPIANTI DI ORGANI

- *Tutti.*

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa sul trattamento dati personali (di seguito, l'“Informativa Privacy”)

UNS_Info_Cont_06 – Ed. 08.08.2023

Gentile Cliente, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, anche, il “**Regolamento**”), La informiamo che, per fornirLe i nostri prodotti e/o servizi assicurativi, di cui possono eventualmente beneficiare anche i Suoi familiari assicurati, UniSalute S.p.A. (di seguito, “**UniSalute**”) ha la necessità di utilizzare alcuni dati riferibili a Lei e/o ai Suoi familiari e conviventi, per le finalità e nei termini di seguito indicati. Le informazioni riportate di seguito dovranno essere fornite, a cura del contraente, agli eventuali altri soggetti cui si riferiscono i dati personali oggetto del trattamento (ad es., gli altri soggetti assicurati).

Titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it) con sede in Via Larga, n. 8 - 40138 Bologna (BO).

QUALI DATI RACCOGLIAMO.

1. Per finalità assicurative.

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, indirizzo di residenza, recapito telefonico e di posta elettronica, IBAN: di seguito, anche, i “**Dati**” o i “**Dati personali**”), che Lei stesso o altri soggetti³ ci fornite, indispensabili per erogare in Suo favore i servizi e/o i prodotti assicurativi.

In particolare, il trattamento dei Dati avviene al fine di consentire il perfezionamento e la gestione del contratto assicurativo⁴. La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di dare esecuzione ad un contratto di cui Lei è parte e, per quanto concerne i Dati riferibili a terzi (familiari e/o conviventi), nel legittimo interesse a dare esecuzione ad un contratto con terzi (in specie, il contraente della polizza). Il trattamento dei Dati avviene, altresì, al fine e sulla base di obblighi normativi (fra gli altri, stabiliti da leggi, regolamenti, normativa europea o da disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁵).

Saranno altresì oggetto di trattamento alcune categorie particolari di dati personali⁶ (in specie, dati relativi alla salute: ad esempio, i dati riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'Area Riservata) per dar seguito alle prestazioni previste dalla Sua polizza e per fornirLe i servizi richiesti. La base giuridica per il trattamento di queste categorie di dati consiste nel Suo (e/o degli eventuali altri familiari assicurati) libero consenso. Il conferimento di questi dati è necessario per poterLe fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso Suo e/o degli altri eventuali interessati⁷.

I Dati potranno essere trattati per finalità antifrode (ad esempio, per verificare l'autenticità dei dati, per prevenire il rischio di frodi, per contrastare le frodi subite) o per lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità, nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Dati potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁸. La base giuridica, in tali casi, consiste nel legittimo interesse di UniSalute e delle altre società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento delle suddette finalità; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste. Il rilascio facoltativo di alcuni

³ Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.) da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; soggetti ai quali, per soddisfare le tue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici; eventuali soggetti muniti di delega.

⁴ Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.

⁵ Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per il riscontro.

⁶ Ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona. Ai sensi dell'art 4 punto 1) del Regolamento i dati personali (non appartenenti a categorie particolari) sono costituiti da qualunque informazione relativa a persona fisica, identificata o identificabile, anche indirettamente, mediante riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione o un identificativo online.

⁷ Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria). Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.

⁸ Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.

dati ulteriori relativi ai Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Se deciderà di registrarsi all'area riservata (di seguito, l'“Area Riservata”) del nostro sito, o della nostra applicazione per dispositivi mobili (di seguito, l'“APP”), utilizzeremo i Dati anche per identificarLa come nostro assicurato, per fornirLe i servizi previsti dalla Sua polizza e per inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite.

Il conferimento dei Dati, in questi casi, è necessario per permetterLe (e per permettere ai Suoi familiari eventualmente assicurati) di ottenere i servizi online tramite l'Area Riservata, e per fornirLe, a mezzo email, SMS o, limitatamente all'APP, tramite notifiche *push*, informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri. Il mancato conferimento dei Dati potrebbe compromettere il perseguimento di tali finalità.

I Dati saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali e assicurativi (di regola, 10 anni).

2. Per finalità di invio di comunicazioni commerciali riguardanti prodotti e/o servizi analoghi.

I Dati del solo contraente (entro i limiti di quanto strettamente necessario, esclusi, in ogni caso, dati relativi alla salute) potranno essere altresì trattati per inviare comunicazioni commerciali inerenti a prodotti e/o servizi analoghi a quelli già previamente acquistati, all'indirizzo di posta elettronica fornito dal contraente medesimo durante la fase di acquisto. La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute allo svolgimento di attività di marketing diretto, come previsto dall'art. 130, comma 4, del D. Lgs. 196/2003.

Il conferimento dei Dati è libero e facoltativo; il mancato conferimento non pregiudica l'erogazione dei servizi assicurativi richiesti.

Le ricordiamo inoltre che può sempre opporsi all'invio di queste comunicazioni mediante il link *unsubscribe* presente in ogni comunicazione o scrivendo all'indirizzo e-mail: privacy@unisalute.it.

I Dati saranno conservati per la durata del rapporto contrattuale ovvero sino alla Sua opposizione.

CONDIVISIONE DEI DATI

Ciascun beneficiario della polizza potrà registrarsi individualmente all'Area Riservata del nostro sito internet e/o scaricare la nostra APP per dispositivi mobili, qualora previste dal proprio Piano Sanitario. Al momento della registrazione, sarà possibile scegliere se condividere con i propri familiari, appartenenti al nucleo familiare assicurato, i propri dati personali, anche rientranti in categorie particolari⁴, presenti all'interno dell'Area Riservata, oppure gestire in autonomia la propria posizione. Ulteriori informazioni sulla condivisione dei dati saranno fornite con un'apposita informativa al momento della registrazione.

COME TRATTIAMO I TUOI DATI

I Dati non saranno soggetti a diffusione, saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti dal solo personale autorizzato, entro i limiti di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle mansioni cui risulta preposto. I Dati potranno, altresì, essere resi accessibili a soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa e che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto⁹. Ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i dati personali potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre Società facenti parte, come la Titolare UniSalute, del Gruppo Unipol¹⁰.

I Dati potranno altresì essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni ad UniSalute, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che la riguardano¹¹ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i Dati potranno essere comunicati ad altre società assicurative, anche non appartenenti al Gruppo Unipol, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze, o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

QUALI SONO I TUOI DIRITTI

⁹ Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

¹⁰ Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.

¹¹ In particolare, i tuoi dati potranno essere comunicati, entro i limiti di quanto strettamente necessario alle finalità indicate, da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. “catena assicurativa”, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni. L'eventuale trasferimento dei tuoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento e ai provvedimenti del Garante Privacy.

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che la riguardano, di richiedere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, la portabilità dei dati che ci ha fornito, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20), di opporsi al trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, nonché, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, di revocarlo senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca.

Le ricordiamo che può sempre revocare il consenso prestato; la revoca non pregiudica la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento relativo al trattamento dei Dati, nonché per l'esercizio dei tuoi diritti in materia: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute, al recapito privacy@unisalute.it.

Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi Dati Personali e dei Suoi diritti.