



UNISALUTE RICOVERO

Assicurazione Malattia e Infortuni

Gentile Cliente
alleghiamo i seguenti documenti:

- **DIP DANNI (Documento informativo precontrattuale danni)**
- **DIP AGGIUNTIVO DANNI (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi Danni)**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE** comprensive di **Glossario** (redatte in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti)
- **INFORMATIVA PRIVACY**

Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Documento informativo precontrattuale per i prodotti di assicurazione danni – DIP Danni

Compagnia: UniSalute S.p.A.

Prodotto: “UniSalute Ricovero”

“UniSalute S.p.A. - C.F. 03843680376 - P.IVA 03740811207 – Società iscritta in Italia alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00084 e autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa 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) 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”

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa assicurazione offre una copertura delle spese sanitarie nei casi di Malattia e Infortunio.



Che cosa è assicurato?

L'Assicurazione, operante in caso di Malattia (compreso l'evento parto e aborto) e di Infortunio verificatasi durante l'operatività del contratto, permette all'Assicurato di ottenere l'Indennizzo delle spese mediche per forme di Ricovero.

✓ **GARANZIA BASE LIGHT:**

- **Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura:** indennità a seguito di ricovero o di day-hospital in Istituto di Cura reso necessario da malattia, infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico, con il limite di 365 giorni per persona e per anno assicurativo.

- **Indennità Giornaliera da Immobilizzazione:** indennità giornaliera convenuta per il caso di ricovero, a seguito di immobilizzazione resa necessaria da infortunio.

✓ **GARANZIA BASE (in alternativa a LIGHT):**

- **Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura:** indennità a seguito di ricovero o di day-hospital in Istituto di Cura reso necessario da malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico, con il limite di 365 giorni per ciascun sinistro e per anno assicurativo.

- **Indennità Giornaliera per convalescenza:** indennità giornaliera convenuta per la convalescenza successiva ad un ricovero indennizzabile per il periodo prescritto dal medico all'atto delle dimissioni, con il massimo del triplo di quello della degenza e con il limite di 60 giorni per sinistro e 180 per persona e per anno assicurativo.

- **Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero:** spese per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica finalizzati al recupero della funzionalità fisica dell'Assicurato.

- **Indennità Giornaliera da Immobilizzazione:** indennità giornaliera convenuta per il caso di ricovero, a seguito di immobilizzazione resa necessaria da infortunio.

✓ **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.

✓ **GARANZIE OPZIONALI**

Garanzie Supplementari [a pagamento]:

GARANZIA BASE LIGHT e BASE: Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico.

GARANZIA BASE: Scelta Energy (Spese Pre-Post Ricovero/ Spese per l'Assistenza Infermieristica Ospedaliera/ Spese per la retta dell'accompagnatore/ Raddoppio dell'indennità).

UniSalute presta le garanzie sino all'importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale/somma assicurata)

Per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Malattia, Infortunio parto o aborto.
- ✗ Non sono assicurabili, coloro i quali abbiano sofferto delle seguenti patologie:
 - Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza; Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson); Epatopatie croniche e cirrosi epatica; Pancreatite acuta e cronica; Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza; Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas; Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 10 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite); sieropositività all'HIV; persone che siano riconosciute invalidi civili per una percentuale superiore al 60%; Alcolismo; Tossicodipendenza; Sindromi organiche cerebrali.L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi qualora sia stata stipulata in presenza di una delle malattie sopra indicate.
- ✗ Non sono assicurabili le persone con età superiore a settantacinque anni.



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):
 - derivanti da azioni dolose, compiute o tentate dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
 - derivanti da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, da uso di stupefacenti o allucinogeni nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti o allucinogeni e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope;
 - causati dalla pratica dei seguenti sport, anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo, pugilato, lotta e arti marziali, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), rugby, hockey, 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;
 - causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale nel mondo intero.



Che obblighi ho?

La Società presta le coperture sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato di non essere affetto da alcuna delle patologie comportanti la non assicurabilità del soggetto.

Non sono previste dichiarazioni sulle circostanze del rischio né la compilazione del questionario sanitario.



Quando e come devo pagare?

La periodicità di pagamento del Premio è annuale. Il Premio deve essere pagato alla consegna della Polizza ed è comprensivo di imposte. Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge. UniSalute può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate semestrali, quadrimestrali o trimestrali anticipate. Previo accordo di UniSalute il Premio annuo può essere altresì frazionato in rate mensili con addebito diretto su conto corrente. L'eventuale frazionamento è indicato in polizza. Se il contratto è stipulato con durata poliennale (quindi pari ad almeno due anni), il Premio di ciascuna annualità viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha la durata indicata in Polizza. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di UniSalute al pagamento dei Premi scaduti. L'Assicurazione termina alla scadenza indicata in Polizza. Il contratto può essere stipulato con tacito rinnovo annuale e in tal caso in assenza di disdetta si rinnova per un ulteriore anno e così successivamente, o senza tacito rinnovo e in tal caso il contratto cessa automaticamente alla sua scadenza.



Come posso disdire la polizza ?

Se il contratto è stato stipulato con tacito rinnovo, per evitare il rinnovo devi comunicare la disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza annuale. Se il contratto è stato stipulato con durata poliennale, hai facoltà di recedere solo se il contratto ha durata superiore a cinque anni dopo i primi cinque anni di durata contrattuale, senza oneri e con preavviso di trenta giorni. Se la durata è uguale o inferiore, non potrai recedere in anticipo dal contratto e dovrai attendere la naturale scadenza.

Assicurazione *Malattia e Infortuni*

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

UniSalute S.p.A.

Prodotto: *UniSalute Ricovero*

Data: 01/10/2022 - 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 2021, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 216,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 93,25 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 2021, è pari ad € 90,98 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 30,36 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 207,05 milioni e ad € 204,87 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2021, pari a 2,28 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

Al contratto si applica la legge italiana.



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 concordate con il Contraente.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Condizione
specificata

Franchigia assoluta di 5 giorni su garanzia Indennità giornaliera per ricovero.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Massimale
sostitutivo in

Liquidazione delle spese sanitarie sostenute dall'Assicurato durante il ricovero sino ad un massimo di 300 volte l'indennità giornaliera assicurata, in alternativa all'erogazione dell'indennità

caso di Grande Intervento Chirurgico	giornaliera assicurata.
Scelta Energy (abbinabile alla garanzia BASE)	<p>Spese Pre e Post Ricovero Indennizzo, in caso di ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 3 giorni, delle spese sostenute e documentate dall'Assicurato nei 30 giorni precedenti e successivi il ricovero per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, purché inerenti alla patologia o infortunio che ha determinato il ricovero.</p> <p>Spese per l'Assistenza Infermieristica Ospedaliera Rimborso delle spese documentate e sostenute dall'Assicurato per l'assistenza infermieristica privata individuale durante un ricovero indennizzabile a termini di polizza.</p> <p>Spese per la retta dell'accompagnatore Rimborso delle spese documentate e sostenute per spese di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, a seguito di un ricovero dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza.</p> <p>Raddoppio dell'indennità Erogazione del doppio dell'indennità giornaliera convenuta per il ricovero in Istituto di Cura nei casi elencati contrattualmente.</p>

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI

 Ci sono limiti di copertura?	
<p>Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati i limiti contrattualmente indicati, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.</p> <p>LIMITAZIONI</p> <p>Quando il Contraente/Assicurato non si avvalga in tutto o in parte di centri e medici convenzionati, per le prestazioni previste dalla garanzia Ospedalizzazione domiciliare post ricovero il rimborso comporta l'applicazione di uno scoperto del 20% e un minimo non indennizzabile di € 60,00 per prestazione.</p> <p>Ad integrazione di quanto già descritto nell'analogha Sezione del DIP Danni sono previste le seguenti ulteriori esclusioni di garanzia per tutte le sezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto; - le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive; - l'aborto non terapeutico ed eventuali conseguenze; - le terapie della fecondità, della sterilità, dell'impotenza sessuale; - 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, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere; - ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e istituti diversi da case di cura) ancorché qualificate come cliniche o Istituti di Cura; - le cure odontoiatriche e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile contrattualmente; - le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche contrattualmente indennizzabili; - le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di eruzioni vulcaniche; 	

- H.I.V.e gli stati patologici correlati ad essa.



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 alla Società.</p> <p>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.</p> <p>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.</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>Per le prestazioni Ospedalizzazione domiciliare post ricovero e Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico (se operanti)</p> <p>nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa e specificare la prestazione richiesta con le modalità contrattualmente indicate.</p> <p>Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate per ottenere il rimborso delle spese sostenute o l'erogazione dell'indennità giornaliera l'Assicurato dovrà inviare il modulo di denuncia del sinistro compilato e sottoscritto ad UniSalute oppure, in caso di ricovero, copia della cartella clinica conforme all'originale e copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.</p> <p>Per le altre garanzie</p> <p>in caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso ad UniSalute entro 30 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità con le modalità contrattualmente indicate.</p> <p>Per ogni richiesta di ASSISTENZA l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute e comunicare la Prestazione richiesta mettendo a disposizione della Società, per il tramite della Centrale Operativa, ogni documento utile che possa comprovare l'evento per il quale necessita la Prestazione di Assistenza.</p> <p>E' necessario inoltre presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla Prestazione di Assistenza (generalità, estremi identificativi del contratto, ecc.).</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: il contratto prevede l'utilizzo da parte dell'Assicurato di Centri Sanitari convenzionati, con Pagamento diretto delle spese da parte della Società; in caso contrario la Società rimborserà le spese sostenute all'Assicurato, entro i limiti contrattualmente previsti.</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>La Società 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?	
Premio	Il Premio è soggetto ad adeguamento annuale in ragione dell'aumentare dell'età dell'Assicurato Sulla base delle percentuali di incremento contrattualmente previste.
Rimborso	Non sono previste ipotesi di rimborso del premio a favore del Contraente.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>L'assicurazione decorre dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> • del giorno di effetto della polizza per gli infortuni; • del trentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per le malattie. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza; • del trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per il parto e l'aborto terapeutico; • del primo giorno del terzo anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie che rientrano nella garanzia Interventi chirurgici/Patologie particolari contrattualmente indicate.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non è prevista per il Contraente la possibilità di recedere dal contratto in caso di ripensamento a seguito della stipulazione dello stesso.
Risoluzione	Non è contrattualmente prevista la possibilità per il Contraente di risolvere il contratto.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p><i>Il presente prodotto è rivolto a:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>persone fisiche per le spese sanitarie relative a ricoveri o day hospital in istituto di cura in caso di malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico;</i> – <i>persone giuridiche che intendano tutelare soggetti identificati nell'ipotesi di ricovero o day hospital in istituto di cura in caso di malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico.</i> <p><i>In entrambi i casi è presente l'esigenza principale di protezione contro i rischi malattia/infortuni e l'ottenimento di prestazioni di assistenza</i></p>	



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

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (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.

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, 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.

All'IVASS

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

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.

I reclami indirizzati all'IVASS contengono:

- 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 alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
 - ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.
- Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (*indicare quando obbligatori*):

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).

<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>- 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.</p> <p>- Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it 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>
---	---

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 RICOVERO

Contratto di assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01263 / 000 / 00000 / H - Ed. 01 / 10 / 2022

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



INDICE

GLOSSARIO	1
Art. 1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	4
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	4
Art. 1.1 - Effetto dell'assicurazione	4
Art. 1.2 - Periodi di Carenza contrattuali	4
Art. 1.3 - Interventi chirurgici/Patologie particolari	4
Art. 1.4 - Durata del contratto e sconto per poliennalità -	5
Art. 1.5 - Proroga del contratto, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza	5
Art. 1.6 - Recesso in caso di Sinistro	6
QUANDO E COME DEVO PAGARE	6
Art. 1.7 - Pagamento del Premio	6
Art. 1.8 - Frazionamento del Premio	6
Art. 1.9 - Pagamento frazionato del Premio tramite servizio S.D.D. (operante se indicato in Polizza il frazionamento mensile)	6
Art. 1.10 - Criteri per la determinazione del premio e suo adeguamento	7
CHE OBBLIGHI HO	8
Art. 1.11 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	8
Art. 1.12 - Aggravamento e diminuzione del rischio	8
ALTRE NORME	8
Art. 1.13 - Modifiche dell'Assicurazione	8
Art. 1.14 - Forma delle comunicazioni	8
Art. 1.15 - Altre assicurazioni	8
Art. 1.16 - Foro competente	9
Art. 1.17 - Rinvio alle norme di legge	9
Art. 1.18 - Operazioni societarie straordinarie	9
Art. 1.19 - Legislazione applicabile	9
Art. 1.20 - Regime Fiscale	9
Art. 1.21 - Reclami	9
Art. 2. SEZIONE MALATTIA E INFORTUNI	11

COSA ASSICURA	11
Art. 2.1 - Garanzia base (Light) (acquistabile in alternative alla Garanzia base e operante solo se indicate in Polizza)	11
Art. 2.2 - Garanzia base (acquistabile in alternative alla Garanzia Base Light e operante solo se indicate in Polizza)	12
COSA NON ASSICURA	13
Art. 2.3 - Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione	13
Art. 2.4 - Esclusioni	13
COME PERSONALIZZARE	14
Art. 2.5 - Garanzie Supplementari (a pagamento)	14
Art. 2.5.1. - Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico (operante sia per la Garanzia Base Light che per la Garanzia Base)	14
Art. 2.5.2. - Scelta Energy (operante solo per Garanzia Base)	15
Art. 2.6 - Condizione Specifica (con sconto)	16
COME ASSICURA	16
Art. 2.7 - Validità territoriale	16
Art. 2.8 - Requisiti di assicurabilità	16
TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO	17
Art. 3. SEZIONE ASSISTENZA	19
COSA ASSICURA	19
Art. 3.1 - Garanzia base	19
COSA NON ASSICURA	21
Art. 3.2 - Esclusioni	21
Art. 3.3 - Delimitazioni	22
COME ASSICURA	22
Art 3.4 - Pagamento delle Prestazioni	22
Art. 3.5 - Validità territoriale	22
TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI	23
Art. 4. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	24
NORME PER LA SEZIONE MALATTIA E INFORTUNI	24
Art. 4.1 - Denuncia del Sinistro	24
Art. 4.2 - Modalità di utilizzo della copertura	24
Art. 4.3 - Area territoriale scoperta	26

Art. 4.4 - Gestione dei documenti di spesa	26
Art. 4.5 - Obbligo di restituzione delle somme indebitamente ricevute	27
NORME PER SEZIONE ASSISTENZA	27
Art. 4.6 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro	27
Art. 4.7 - Modalità per richiedere le Prestazioni di Assistenza	27
NORME VALIDE PER TUTTE LE SEZIONI	28
Art. 4.8 - Diritto di verifica	28
Art. 4.9 - Controversie e Arbitrato irrituale	28
Art. 4.10 - Pagamento dell'Indennizzo	28
NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	29
ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	31
INFORMATIVA PRIVACY	33

Che cosa sono i box di consultazione?

I box di consultazione sono degli appositi spazi contrassegnati da simboli, facilmente individuabili all'interno delle condizioni contrattuali. In essi sono indicati: risposte in caso di dubbi o indicazioni da seguire in caso di necessità , punti su cui porre particolare attenzione , recapiti a cui rivolgersi .

E' bene precisare che tali spazi non hanno alcun valore contrattuale ma ne costituiscono, in alcuni casi, solo una esemplificazione. Per questo, è bene quindi porre, sempre, la dovuta attenzione alle condizioni a cui si riferiscono.

GLOSSARIO

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti il contratto e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato:

Accertamento diagnostico: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia o infortunio a carattere anche cruento e/o invasivo.

Anno: periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di anno bisestile.

Annualità Assicurativa: in caso di Polizze poliennali cioè di Polizze aventi Periodo Assicurativo superiore a un anno, ciascuna annualità compresa nel Periodo Assicurativo a partire dalle ore 24 della data di effetto della Polizza.

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: contratto di assicurazione, come definito dall'Art. 1882 del Codice Civile, e/o la garanzia prestata con il contratto.

Assistenza o Prestazione di Assistenza: l'aiuto che la Società mette a disposizione dell'Assicurato quando, in conseguenza di un evento fortuito, questi viene a trovarsi in una situazione di difficoltà che richiede un intervento immediato.

Assistenza Infermieristica: l'assistenza infermieristica prestata da personale sanitario fornito di specializzazione.

Centrale Operativa (per la Sezione Malattia e Infortuni): struttura di UniSalute che, durante l'orario 8,30-19,30 dal Lunedì al Venerdì, per conto della Società gestisce i servizi relativi alla Sezione Malattia e Infortuni.

Centrale Operativa (per la Sezione Assistenza): struttura di UniSalute, costituita da Medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che per conto della Società provvede ad erogare le prestazioni della Sezione Assistenza.

Centro Sanitario Convenzionato: Istituto di Cura, poliambulatorio, centro specialistico e/o diagnostico, convenzionato con la Società o con altre società specializzate del Gruppo Unipol, ove l'Assicurato previa richiesta ed autorizzazione ricevuta dalla Società può accedere per fruire delle prestazioni sanitarie garantite dalla polizza ed il cui costo viene liquidato, in nome e per conto dell'Assicurato, direttamente dalla Società.

Contraente: il soggetto che stipula l'Assicurazione, assumendosene i relativi obblighi tra i quali è preminente il pagamento del Premio.

Day-Hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche (**con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva**) 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.

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 dalla documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Franchigia: la parte del danno indennizzabile che per ogni Sinistro rimane a carico dell'Assicurato espressa in importo fisso. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Grandi Interventi Chirurgici: interventi chirurgici riportati nell'Allegato A alle Condizioni di assicurazione.

Immobilizzazione: stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, causato da fratture scheletriche o lesioni capsulo-legamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente in Istituti di cura da personale medico o paramedico.

Sono compresi i mezzi di contenzione amovibili e tutti i tutori preconfezionati sempreché rigidi ed esterni (**esclusi collari morbidi e bustini ortopedici**) purché prescritti da personale medico dipendente da Istituto di Cura e limitatamente alla durata del periodo durante il quale il presidio svolge una funzione immobilizzante, indicato sulla certificazione medica.

Indennizzo/Rimborso¹: somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, attraverso l'incisione della cute o comunque dei tessuti dell'organismo anche mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.

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.

Malattia: qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute che non sia dipendente da infortunio.

¹ Come funziona il meccanismo di erogazione delle indennità?

1° esempio

Garanzia operante: indennità giornaliera da ricovero.

Somma giornaliera assicurata: € 100,00.

Durata degenza ospedaliera: 25 giorni.

Indennizzo: € 2.400,00 (€ 100,00 x 24 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono che il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengano considerati come uno).

2° esempio

Garanzie operanti: indennità giornaliera da ricovero e indennità giornaliera da Immobilizzazione.

Somma giornaliera assicurata: € 70,00 per ciascuna garanzia.

Durata degenza ospedaliera: 4 giorni.

Applicazione mezzo di immobilizzazione a seguito di infortunio: il secondo giorno di degenza ospedaliera con durata immobilizzazione di 25 giorni.

Indennizzo per indennità giornaliera da ricovero:

€ 210,00 (€ 70,00 x 3 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono che il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengano considerati come uno).

Indennizzo per indennità Giornaliera da Immobilizzazione:

€ 1.610,00 (€ 70,00 x 23 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono che la somma assicurata venga corrisposta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera).

Totale indennizzo = € 1.820,00.

3° esempio

Garanzie operanti: indennità giornaliera da ricovero e indennità giornaliera da convalescenza.

Somma giornaliera assicurata: € 100,00 per ciascuna garanzia.

Durata degenza ospedaliera: 5 giorni.

Convalescenza: 21 giorni.

Indennizzo per indennità giornaliera da ricovero:

€ 400,00 (€ 100,00 x 4 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono che il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengano considerati come uno).

Indennizzo per indennità giornaliera da convalescenza:

€ 1.200,00 (€ 100,00 x 12 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono che la somma assicurata venga corrisposta per un numero di giorni massimo pari al triplo di quelli indennizzati per l'indennità giornaliera da ricovero) = € 1.200,00.

Totale indennizzo = € 1.600,00.

Malattia Oncologica: ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna invasiva, incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkins, i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive. Sono esclusi il cancro in situ (tumore che non ha ancora invaso i tessuti dell'organo colpito) e i basaliomi.

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

Massimale: l'importo che rappresenta la spesa massima che, nel corso dello stesso anno assicurativo, la Società si impegna a prestare per ciascuna persona per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Periodo Assicurativo - Annualità Assicurativa: in caso di Polizza di durata pari o inferiore a un Anno, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alla scadenza della Polizza stessa.

In caso di Polizza di durata superiore a un Anno, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alle ore 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di un Anno.

Periodo Assicurativo: periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alle ore 24 della data di scadenza della Polizza stessa.

Polizza: il documento che prova l'Assicurazione, ai sensi dell'articolo 1888 del Codice Civile.

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Società come corrispettivo dell'Assicurazione.

Ricovero: la degenza in Istituto di Cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

Scoperto: la parte del danno indennizzabile, espressa in percentuale sull'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni Sinistro, rimane a suo carico.

Sinistro: il verificarsi delle prestazioni di carattere sanitario previste dall'Assicurazione come conseguenza di Malattie o Infortuni occorsi entro il Periodo Assicurativo. Il momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di effettuazione e fatturazione della prestazione sanitaria assicurata. Con riferimento alla Sezione Assistenza: il verificarsi dell'evento per il quale è prevista l'erogazione delle prestazioni di assistenza da parte della Società.

Società: l'Impresa assicuratrice UniSalute

Termini di aspettativa: il periodo che intercorre tra la decorrenza del contratto e la decorrenza della garanzia assicurativa.

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.

Art. 1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Quando non risultino espressamente derogate, valgono le seguenti Condizioni di Assicurazione:

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

Art. 1.1 - Effetto dell'assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo restando quanto previsto all'Art. 1.2 Periodi di Carenza contrattuali delle "Norme che regolano il contratto in generale".

Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei Premi scaduti, ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

Art. 1.2 - Periodi di Carenza contrattuali

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del:

- del giorno di effetto della polizza per gli infortuni;
- del trentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per le malattie. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;
- del trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per il parto e l'aborto terapeutico;
- del primo giorno del terzo anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie di cui all'art. 1.3 "Interventi chirurgici/Patologie particolari" delle "Norme che regolano il contratto in generale", fermo quanto previsto al medesimo articolo.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza emessa dalla stessa Società o società appartenente ad Unipol Gruppo S.p.A riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno di effetto dell'assicurazione di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e la somma assicurata da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di effetto dell'assicurazione di cui alla presente polizza limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso della presente polizza, i termini di aspettativa suddetti operano dal giorno di effetto della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. 1.3 - Interventi chirurgici/Patologie particolari

I seguenti interventi chirurgici/patologie particolari verranno considerati in garanzia anche se in essere all'atto della sottoscrizione della polizza:

- Cataratta;
- Varici;
- Emorroidi;
- Ricostruzione capsulo-legamentosa delle articolazioni (ad es. legamenti crociati);
- Meniscectomia;
- Calcolosi renale ed epatica;
- Diabete;
- Insufficienza renale;
- Malattie a carico della tiroide;
- Ipertrofia prostatica;

- Ernie: tutti i tipi.

Le stesse verranno tuttavia indennizzate con le seguenti modalità:

limitatamente ai primi 2 anni dalla sottoscrizione del contratto la Società provvederà alla liquidazione della sola garanzia di cui agli Artt. 2.1 "Garanzia base light" "Prestazioni garantite" lettera A) "Indennità giornaliera per ricoveri in Istituto di Cura" e 2.2 "Garanzia base" "Prestazioni garantite" lettera A) "Indennità giornaliera per ricoveri in Istituto di Cura" della Sezione Malattia e Infortuni se ed in quanto operante, con riconoscimento di un limite massimo di 3 giorni per sinistro ed anno assicurativo. Per la ricostruzione capsulo-legamentosa delle articolazioni e la meniscectomia si conviene tra le Parti che, se causate da infortunio avvenuto durante la validità del contratto, le stesse saranno oggetto di indennizzo nel limite delle garanzie operanti.

Art. 1.4 - Durata del contratto e sconto per poliennalità ²⁻³

Il Periodo Assicurativo è stabilito nella durata di un Anno, salvo che l'Assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita da una delle Parti almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto, se di durata non inferiore a 1 anno, è prorogato per una durata pari ad 1 anno, e così successivamente.

Se l'Assicurazione è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 anni) il Premio, per ciascuna Annualità Assicurativa, viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata in Polizza. Il Premio esposto in Polizza è già comprensivo della suddetta riduzione. A seguito dell'adeguamento automatico di cui all'art. 1.10 Criteri per la determinazione del Premio e suo adeguamento anche l'importo della riduzione varierà di conseguenza.

Art. 1.5 - Proroga del contratto, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza

Il contratto è prorogato per un Anno e così successivamente se è stipulato con tacito rinnovo e in mancanza di disdetta comunicata da una delle parti almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione con lettera raccomandata, mediante fax oppure mediante PEC (posta elettronica certificata), se l'Assicurato o Contraente ne è in possesso, diretta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società. Se il contratto è stipulato con tacito rinnovo, la Società, alla scadenza del Contratto, qualora intervengano modifiche nella tariffazione dei rischi oggetto del contratto, metterà a disposizione del Contraente le nuove condizioni di Premio attraverso comunicazione inviata almeno 30 giorni prima della scadenza al Contraente stesso. Il pagamento da parte del Contraente del nuovo Premio proposto equivale ad accettazione e comporta il rinnovo del contratto che viene variato solo in tale elemento. Nel caso in cui il Contraente non intenda accettare il nuovo Premio e non provveda al pagamento, la Società rinuncia ad agire per la sua riscossione e il contratto si intende cessato per disdetta alla data di scadenza.

² La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza o prosegue? 

Il prodotto UniSalute Salute RICOVERO prevede che la copertura assicurativa sia "con tacito rinnovo", pertanto alla scadenza indicata il contratto è prorogato per un Anno e così successivamente senza bisogno di alcuna comunicazione tra le parti (a meno che il Cliente o la Società non decidano di disdettarlo con preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla scadenza).

³ Quale durata può avere l'Assicurazione? 

L'Assicurazione può avere una durata annuale o poliennale. Con la durata poliennale viene riconosciuto uno sconto sul Premio per ogni anno di durata. La percentuale di sconto applicato rispetto al Premio che il Cliente pagherebbe se l'Assicurazione avesse durata annuale viene indicata in Polizza ed è tanto più alta quanto maggiore è la durata stabilita in sede di conclusione del contratto. Se la durata poliennale è superiore a cinque anni il Cliente potrà recedere dal contratto soltanto dopo i primi cinque anni di durata

Se il contratto ha una durata superiore ai 5 anni il Contraente può esercitare la facoltà di Recesso dal contratto solo dopo i primi 5 anni di durata contrattuale, ai sensi dell'articolo 1899, 1° comma del Codice Civile; anche in tal caso la disdetta va comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione.

Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza. Quando è concordata la non rinnovabilità, il contratto cessa alla scadenza contrattuale, senza obbligo di disdetta.

Art. 1.6 - Recesso in caso di Sinistro

Le parti non hanno la facoltà di recedere dal contratto di assicurazione a seguito della denuncia di Sinistro.

QUANDO E COME DEVO PAGARE

Art. 1.7 - Pagamento del Premio ⁴

I Premi devono essere pagati presso l'intermediario al quale è assegnata l'Assicurazione oppure alla Società. Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.8 - Frazionamento del Premio ⁵

Premesso che il Premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il pagamento frazionato.

In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, trascorsi 15 giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo ed impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del Premio. L'Assicurazione riprenderà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio arretrato.

Art. 1.9 - Pagamento frazionato del Premio tramite servizio S.D.D. (operante se indicato in Polizza il frazionamento mensile)

La Società e il Contraente possono convenire di adottare, in relazione al pagamento del Premio, la procedura di seguito descritta.

- a) Adesione al servizio di pagamento mensile del Premio SEPA Direct Debit
1. La Società consente che il Premio annuale convenuto venga pagato dal Contraente in modo frazionato, senza oneri di frazionamento e con le modalità indicate ai punti successivi.
 2. All'atto del perfezionamento del contratto assicurativo, il Contraente dovrà

⁴ Cos'è e come si calcola il Premio?

Il Premio, in un'Assicurazione, è il "prezzo" che occorre pagare alla Società per attivare la copertura assicurativa sottoscritta. Esso viene determinato, al momento della sottoscrizione del contratto, sulla base della tariffa in vigore in quel momento, ossia sulla base dei parametri di "Rischio" presi in considerazione per il suo calcolo (in questo caso provincia di residenza e età dell'Assicurato)

⁵ Quando deve essere pagato il Premio?

Il pagamento del Premio, sia per intero o in parte in caso di rateizzazione, è condizione necessaria affinché l'Assicurazione abbia una reale validità e decorrenza. Diversamente, il contratto, anche se sottoscritto, non potrà essere operante. Pertanto, se in Polizza è prevista una rata unica, il pagamento deve avvenire al momento della sottoscrizione; se il Premio è frazionato, al saldo di ogni rata, viene rilasciato un documento, la cosiddetta "quietanza", in cui si attesta l'avvenuto pagamento e la prosecuzione della copertura assicurativa

- (i) provvedere al pagamento anticipato in Agenzia di una somma pari a tre dodicesimi (più eventuale frazione di mese) del Premio convenuto, (ii) obbligarsi a pagare il Premio residuo di importo pari a nove dodicesimi mediante rate mensili di importo pari a un dodicesimo ciascuna, nonché (iii) obbligarsi a pagare le successive rate mensili, nel caso in cui il contratto si sia tacitamente rinnovato, sottoscrivendo apposito mandato SEPA Direct Debit (S.D.D.) e autorizzando quindi la propria Banca ad accettare i corrispondenti ordini di addebito della Società.
3. Il pagamento alla scadenza di ogni rata mensile sarà accettato dalla Società con riserva di verifica e salvo buon fine.
 4. La Società provvederà comunque alla notifica del pagamento delle rate mensili e della copertura delle garanzie previste in Polizza, mediante invio al Contraente del seguente messaggio, che sostituirà l'emissione dell'atto di quietanza: «Abbiamo ricevuto il pagamento tramite addebito S.D.D. di € xxxx,xx per la rata del [GG mese AAAA] su pol n. xx/xx/xxxx. Confermiamo copertura assicurativa UniSalute». Tale messaggio sarà inviato dalla Società: - mediante SMS al seguente numero di cellulare [*].
- b) Mancato addebito del pagamento di Premi
1. Entro dieci giorni dalla scadenza della rata, la Banca del Contraente comunicherà alla Società l'eventuale mancato addebito dell'importo dovuto qualora, in fase di addebito, il conto sia risultato privo di fondi.
 2. In tal caso la Società provvederà contestualmente a notificare al Contraente l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura assicurativa, mediante invio di messaggio con le modalità indicate al punto a) 4.: «L'addebito S.D.D. di € xxxx,xx per la rata del GG/mm/ AAAA della pol xxx/ xxxxxxxxx è stato rifiutato dalla sua Banca; pertanto le garanzie prestate in pol sono sospese dal GG/mm/AAAA. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento. UniSalute».
- c) Revoca/modifiche del servizio di addebito S.D.D.
1. Per consentire il buon esito delle disposizioni di addebito e il regolare pagamento del Premio, il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente alla Società eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie o revoche del servizio di addebito S.D.D. eventualmente disposte dallo stesso.
 2. In caso di sostituzione del contratto assicurativo, qualora il Contraente intenda continuare ad avvalersi del pagamento tramite S.D.D. anche sul contratto sostitutivo ed il contratto sostitutivo preveda tale modalità di pagamento, questi dovrà contestualmente sottoscrivere un nuovo mandato di adesione al servizio S.D.D..
 3. In caso di cessazione o sostituzione del contratto assicurativo, la Società invierà al Contraente, con le modalità indicate al punto a) 4., il seguente messaggio:
«Comunichiamo cessazione/sostituzione pol n° xx/xx/xxxx e revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio a decorrere da [GG mese AAAA]. Si rechi in Agenzia per regolarizzare la sua posizione UniSalute».
 4. In caso di revoca del servizio di addebito S.D.D. disposta dal Contraente, la Società invierà allo stesso, con le modalità indicate al punto a) 4., il seguente messaggio: «Seguito revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio da lei disposta per la pol n xxx/xxxxxxx, le garanzie prestate in pol sono sospese. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento del Premio a decorrere da GG/mm/ AAAA. UniSalute ».
 5. In ogni ipotesi di revoca o di modifica del servizio di addebito S.D.D., il Contraente dovrà provvedere al pagamento delle rate di Premio dovute presso l'Agenzia e dovrà concordare con la stessa una diversa modalità di pagamento optando fra quelle previste dalla normativa vigente e attivate presso l'Agenzia. A tale proposito si precisa che il beneficio del frazionamento mensile del Premio è concesso dalla Società solo nel caso di pagamento tramite addebito S.D.D.

Il Contraente deve autorizzare espressamente la Società alla trasmissione di comunicazioni contrattuali e di servizio all'indirizzo di posta elettronica o al numero di cellulare indicati, impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.

Art. 1.10 - Criteri per la determinazione del premio e suo adeguamento

Il premio viene determinato in base all'età dell'Assicurato e viene adeguato annualmente in funzione dell'aumentata età dell'Assicurato secondo la seguente regola:

Età	Percentuale di incremento annuo del premio
Da 0 a 14 anni	0%
Tra 14 e 15 anni	17%
Tra 15 e 19 anni	0%
Tra 19 e 20 anni	20%
Dal 20° anno in poi	3%

CHE OBBLIGHI HO

Art. 1.11 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Società presta la garanzia nei termini di cui alla presente Polizza sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato (o, se minore, da chi ne abbia la legale rappresentanza).

Il premio sarà determinato sulla base dell'età compiuta dell'Assicurato al termine del mese di effetto della polizza. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione 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 C.C.

Il Contraente e l'Assicurato, prima della sottoscrizione, devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate in Polizza.

Art. 1.12 - Aggravamento e diminuzione del rischio

Non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, quanto disposto dagli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile in materia di diminuzione e aggravamento del rischio.

Il diritto all'indennizzo viene riconosciuto indipendentemente dall'eventuale variazione nella professione del Contraente/Assicurato.

ALTRE NORME

Art. 1.13 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.14 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti **devono essere fatte con lettera raccomandata, mediante fax oppure mediante PEC (posta elettronica certificata)** se l'Assicurato o il Contraente ne è in possesso, diretta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società.

Art. 1.15 - Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato sono tenuti a dichiarare alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione, presso altri assicuratori, di assicurazioni riguardanti lo stesso Rischio e le medesime garanzie assicurate con il presente contratto, indicandone le Somme Assicurate.

L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'Indennizzo.

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre Assicurazioni per lo stesso Rischio nei casi di:

- Polizze stipulate a favore degli stessi Assicurati dal datore di lavoro in adempimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali od integrativi, **a meno che il Contraente di tali Polizze sia il Contraente del presente contratto;**
- garanzie Infortuni collegate alla titolarità di carte di credito, conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

In caso di Sinistro il Contraente, o l'Assicurato, deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'articolo 1910 del Codice Civile.

Art. 1.16 - Foro competente

Per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato.

Art. 1.17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.18 - Operazioni societarie straordinarie

Nei casi di modifiche statutarie attinenti al trasferimento di sede sociale, al cambio di denominazione sociale o di trasferimento di tutto o parte del portafoglio, di fusione o scissione del portafoglio stesso, la Società invierà al Contraente e/o all'Assicurato una specifica comunicazione entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione.

Art. 1.19 - Legislazione applicabile

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

Art. 1.20 - 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 è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore pari al 2,5%.

Art. 1.21 - Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (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 relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, 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.

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 della Società, 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 alla Società 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 della Società: 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 http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm 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 le 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 predetto 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 predetto Decreto;
- procedura di Arbitrato ove prevista.

In relazione alle controversie inerenti l'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.

Art. 2. SEZIONE MALATTIA E INFORTUNI⁶

COSA ASSICURA

Art. 2.1 - Garanzia base (Light) (acquistabile in alternative alla Garanzia base e operante solo se indicate in Polizza)

La Società si obbliga a corrispondere all'Assicurato:

l'indennità giornaliera secondo quanto previsto dalle prestazioni indicate al presente articolo alle "Prestazioni garantite" lett. A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura" nonché all'Art. 2.5 "Garanzie Supplementari" se ed in quanto operanti con i limiti previsti, in conseguenza di:

- infortunio, anche se causato con colpa grave
 - malattia, parto o aborto terapeutico;
- e l'indennità giornaliera secondo quanto previsto dalle prestazioni indicate all'articolo 2.2 "garanzia base" "Prestazioni garantite" lett. B) "Indennità Giornaliera da Immobilizzazione" in conseguenza di:
- infortunio, anche se causato con colpa grave.

Prestazioni garantite

A) Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura⁷

A seguito di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termini di contratto, la Società corrisponde la somma assicurata indicata in Polizza **con il limite di 365 giorni per persona e per anno assicurativo**. La prima giornata di ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione.

In caso di day-hospital l'indennità viene corrisposta in misura pari al 50% di quella prevista in caso di ricovero e per un massimo di 180 giorni per persona e per anno assicurativo. In caso di parto naturale l'indennità viene corrisposta per un massimo di 5 giorni per sinistro.

B) Indennità Giornaliera da Immobilizzazione

La Società corrisponde all'Assicurato il medesimo importo previsto per l'indennità giornaliera assicurata in caso di ricovero, di cui all'Art. 2.1 "Garanzia base (Light)" "Prestazioni garantite" lettera A), a seguito di Immobilizzazione resa necessaria da infortunio.

L'indennità giornaliera viene corrisposta:

- dal giorno dell'applicazione al giorno della rimozione quando l'infortunio non comporti ricovero;
- dal giorno della dimissione al giorno della rimozione quando l'applicazione è stata effettuata in regime di ricovero.

L'indennità giornaliera viene corrisposta per un massimo di 50 giorni per ogni infortunio e per anno assicurativo.

⁶ In cosa differiscono la Garanzia Base (Light) e la Garanzia Base? 

La Garanzia Base prevede una copertura sanitaria più ampia e completa rispetto alla Garanzia Base Light. In aggiunta all'Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura e da Immobilizzazione sono previste l'Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero e l'Indennità Giornaliera per Convalescenza.

⁷ Per poter usufruire dell'Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura il mio Ricovero deve avvenire obbligatoriamente presso un Istituto di Cura convenzionato con la Società? 

No, la copertura assicurativa in caso di Ricovero opera sia per le prestazioni presso Centri Sanitari Convenzionati con la Società che per quelle presso i centri non convenzionati.

Art. 2.2 - Garanzia base (acquistabile in alternative alla Garanzia Base Light e operante solo se indicate in Polizza)

La Società si obbliga a corrispondere all'Assicurato in conseguenza di:

- infortunio, anche se causato con colpa grave
- malattia, parto o aborto terapeutico

una indennità giornaliera secondo quanto previsto dalle prestazioni indicate al presente articolo alle "Prestazioni garantite" lett. A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura", B) "Indennità giornaliera per convalescenza" e C) "Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero", nonché all'Art. 2.5 "Garanzie Supplementari" della Sezione Malattia e Infortuni, se ed in quanto operanti e con i limiti ivi previsti; si precisa che limitatamente alle "Prestazioni garantite" lett. D) "Indennità Giornaliera da Immobilizzazione", l'indennità giornaliera assicurata verrà corrisposta in conseguenza di:

- infortunio, anche se causato con colpa grave.

Prestazioni garantite

A) Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura

A seguito di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termine del contratto, la Società corrisponde la somma assicurata indicata in Polizza **con il limite di 365 giorni per persona e per anno assicurativo**. La prima giornata di ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione.

In caso di day-hospital l'indennità viene corrisposta in misura pari al 50% di quella prevista in caso di ricovero e per un massimo di 180 giorni per persona e per anno assicurativo. In caso di parto naturale l'indennità viene corrisposta per un massimo di 5 giorni per sinistro.

B) Indennità Giornaliera per Convalescenza

A seguito di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termine di polizza, che renda necessaria una convalescenza per un periodo prescritto dal medico all'atto delle dimissioni la Società corrisponde il medesimo importo previsto per l'indennità giornaliera assicurata in caso di ricovero di cui alla lettera A) del presente articolo per il periodo prescritto dal medico con il massimo del triplo dei giorni di degenza indennizzati, **con il limite di 60 giorni per sinistro e 180 per persona e anno assicurativo.**

La garanzia non è operante per:

- a) parto non cesareo o aborto;
- b) malattie della gravidanza e del puerperio;
- c) ricoveri in regime di day-hospital.

C) Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero

La Società **per un periodo di 120 giorni successivi alla data di dimissioni**, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione, attraverso la rete convenzionata UniSalute, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica. UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Nel caso di utilizzo di Centri Sanitari e di personale convenzionati con UniSalute⁸, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

⁸ Come faccio a sapere quali sono i Centri Sanitari Convenzionati? 

Per conoscere l'elenco dei Centri Sanitari Convenzionati e dei medici convenzionati è sufficiente consultare il sito www.unisalute.it.

La garanzia può essere erogata, nella modalità di rimborso, anche presso centri sanitari non convenzionati con UniSalute, previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate **con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni visita specialistica, prestazione/accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

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

D) Indennità Giornaliera da Immobilizzazione

La Società corrisponde all'Assicurato il medesimo importo previsto per l'indennità giornaliera assicurata in caso di ricovero, di cui alla lettera A) del presente articolo a seguito di immobilizzazione resa necessaria da infortunio.

L'indennità giornaliera viene corrisposta:

- dal giorno dell'applicazione al giorno della rimozione quando l'infortunio non comporti ricovero;
- dal giorno della dimissione al giorno della rimozione quando l'applicazione è stata effettuata in regime di ricovero.

L'indennità giornaliera viene corrisposta per un massimo di 50 giorni per ogni infortunio e per anno assicurativo.

COSA NON ASSICURA

Art. 2.3 - Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione

Qualora in corso di contratto, un Assicurato raggiunga il settantacinquesimo anno di età, limitatamente a detta persona l'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento di detta età.

Art. 2.4 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- a) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, ad eccezione di quanto previsto all'Art. 1.3 "Interventi chirurgici/Patologie particolari" e di quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; si intendono esclusi gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare;
- b) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- c) le conseguenze di infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate dall'Assicurato nonchè quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- d) le conseguenze di infortuni derivanti da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, da uso di stupefacenti o allucinogeni nonchè le malattie correlate al consumo di stupefacenti o allucinogeni e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sports, anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, sports 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 sports aerei in genere;
- f) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica di sports costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- g) l'aborto non terapeutico ed eventuali conseguenze;
- h) le terapie della fecondità, della sterilità, dell'impotenza sessuale;
- i) 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);

- l) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. 31 ottobre 1991 pubblicato sulla G.U. 262 del 8/11/1991) quali per esempio le omeopatiche, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere;
- m) ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e istituti diversi da case di cura) ancorché qualificate come cliniche o Istituti di Cura;
- n) le cure odontoiatriche e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- o) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- p) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di eruzioni vulcaniche;
- q) H.I.V.e gli stati patologici correlati ad essa.

COME PERSONALIZZARE ⁹

Art. 2.5 - Garanzie Supplementari (a pagamento)

Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le Garanzie Supplementari di seguito proposte; la garanzia sarà operante **solo se indicata in Polizza e ne sia stato pagato il relativo Premio.**

Art. 2.5.1. - Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico (operante sia per la Garanzia Base Light che per la Garanzia Base)

In caso di ricovero indennizzabile a termini di polizza reso necessario da "Grande Intervento Chirurgico" ¹⁰ come da Allegato A, l'Assicurato può optare, in alternativa alla liquidazione dell'indennità giornaliera di cui agli Artt. 2.1 "Garanzia Base Light" "Prestazioni garantite" e 2.2 "Garanzia Base" "Prestazioni garantite" della Sezione Malattia e Infortuni, per il rimborso, fino alla concorrenza di 300 volte l'indennità giornaliera assicurata, di cui alla lettera A) dei rispettivi Artt. "Prestazioni garantite", e **con un massimo per sinistro ed anno assicurativo di € 35.000,00, delle seguenti spese sostenute durante il ricovero:**

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, risultanti dal referto operatorio;
- diritti di sala operatoria e materiali d'intervento, comprese le endoprotesi;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purchè relativi al ricovero ed alla patologia/ infortunio che ha dato luogo al ricovero;
- rette di degenza.

⁹ *Posso personalizzare la mia copertura assicurativa?* 

Si, poiché ogni Cliente ha la propria sensibilità e le proprie esigenze assicurative. C'è chi preferisce una copertura essenziale, sufficientemente ampia ma più economica e c'è chi desidera invece arricchire la copertura acquistando ulteriori garanzie. A tal fine nell'area "Come personalizzare" è possibile scegliere tra Garanzie Supplementari che ampliano la copertura assicurativa e Condizioni Specifiche che consentono di modellare alcuni Massimali e Franchigie.

¹⁰ *Quali sono i Grandi Interventi Chirurgici oggetto della copertura assicurativa?* 

Tutti gli interventi chirurgici sono riportati nell'Allegato A alle Condizioni di assicurazione.

Nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute¹¹, le spese sopra indicate per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di centri sanitari non convenzionati con UniSalute, le spese sostenute sopra indicate vengono rimborsate integralmente.

Se parte delle spese è sostenuta da ente pubblico o privato, **il rimborso sarà limitato alle sole spese rimaste a carico dell'Assicurato.**

La valutazione e la liquidazione delle spese sostenute o il rimborso delle stesse sono sempre effettuati in Euro e in Italia. Per le spese sostenute in divisa valutaria diversa dall'Euro, il rimborso sarà effettuato in Euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 2.5.2. - Scelta Energy (operante solo per Garanzia Base)

La garanzia assicurativa è operante per:

1) Spese Pre e Post Ricovero

In caso di ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 3 giorni, la Società garantisce il rimborso delle spese sostenute e documentate dall'Assicurato nei 30 giorni precedenti e successivi il ricovero per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, purché inerenti la patologia o l'infortunio che ha determinato il ricovero. **La presente garanzia non viene riconosciuta in caso di ricovero per parto naturale o con taglio cesareo.**

Il massimale assicurato è pari a € 1.000,00 per anno assicurativo e per persona.

2) Spese per l'Assistenza Infermieristica Ospedaliera

Nel caso di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa le spese documentate e sostenute dall'Assicurato per l'assistenza infermieristica privata individuale **con un massimale giornaliero pari al 50% dell'importo dell'indennità giornaliera da ricovero convenuta** di cui alla lettera A) dell'Art. 2.2 "Garanzia base" "Prestazioni garantite" e per un massimo di 30 giorni per ricovero.

3) Spese per la retta dell'accompagnatore

Nel caso di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa le spese documentate e sostenute dall'Assicurato per il vitto ed il pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di Cura **con un massimale giornaliero pari al 50% dell'importo dell'indennità giornaliera da ricovero convenuta** di cui alla lettera A) degli Artt. 2.1 "Garanzia base (Ligth)" o 2.2 "Garanzia base" "Prestazioni garantite" e **per un massimo di 60 giorni per ricovero.**

4) Raddoppio dell'indennità

L'indennità giornaliera assicurata per il ricovero in Istituto di Cura, prevista all'Art. 2.2 "Garanzia base" "Prestazioni garantite" lettera A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura" della Garanzia base, viene raddoppiata nel caso di:

- ricovero reso necessario da "malattie oncologiche";
- ricovero in unità di cure intensive;
- ricovero all'estero.

La prima giornata di ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione.

¹¹ *Che vantaggio ho se scelgo di usufruire delle prestazioni in Centri sanitari convenzionati?*



Se il Cliente sceglie di usufruire delle prestazioni in Centri Sanitari convenzionati UniSalute provvederà a liquidare direttamente al Centro Sanitario le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate senza applicazione di franchigie o scoperti.

Art. 2.6 - Condizione Specifica (con sconto)

A deroga di quanto previsto alla lettera A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura" di cui agli Artt. 2.1 "Garanzia base (Light)" e 2.2 "Garanzia base" si conviene tra le Parti che per ogni sinistro indennizzabile a termine del presente contratto assicurativo, **la corresponsione dell'indennità giornaliera da ricovero decorrerà dal sesto giorno.**

COME ASSICURA

Art. 2.7 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 2.8 - Requisiti di assicurabilità

Possono essere assicurate le persone che, prima della sottoscrizione della presente copertura assicurativa, non abbiano sofferto delle seguenti patologie/dipendenze:

- a. Tumori maligni insorti nei dieci anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza;
- b. Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- c. Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- d. Pancreatite acuta e cronica;
- e. Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei cinque anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza;
- f. Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- g. Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei dieci anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- h. Sieropositività all'HIV;
- i. Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%;
- j. Alcolismo;
- k. Tossicodipendenza;
- l. Sindromi organiche cerebrali.

Si conviene altresì che per le patologie/dipendenze di cui sopra, identificate alle lettere j, k ed l, la sopravvenienza durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

La presente copertura assicurativa è prestata sulla base della dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da alcuna delle patologie sopra indicate; la suddetta dichiarazione forma parte integrante del contratto. Pertanto, qualora la Società riscontri elementi di difformità rispetto a quanto dichiarato, verrà applicato quanto previsto dagli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO

GARANZIE PRESTATE		Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Modalità di liquidazione	
			Centro Sanitario convenzionato	Struttura sanitaria non convenzionata o SSN
GARANZIA BASE LIGHT (massimale indicato in Polizza)	Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura	<p>Massimo 365gg per persona e Annualità. La 1° e ultima giornata sono considerate una sola giornata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se Day Hospital 50% dell'Indennità per massimo 180gg per persona e Annualità • Se parto naturale: 100% dell'Indennità per massimo 5gg 	-	-
	Indennità Giornaliera da Immobilizzazione	<p>Massimo 50gg per ogni infortunio e per Annualità. Corrisposta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se NO Ricovero: dal giorno dell'applicazione al giorno della rimozione; • Se SI Ricovero: dal giorno della dimissione al giorno della rimozione 		
GARANZIA BASE (massimale indicato in Polizza)	Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura	<p>Massimo 365gg per persona e Annualità. La prima e ultima giornata sono considerate una sola giornata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se Day Hospital 50% dell'Indennità per massimo 180gg per persona e Annualità • Se parto naturale: 100% dell'Indennità per massimo 5gg 	-	-
	Indennità Giornaliera per Convalescenza	<p>Massimo del triplo dei giorni di degenza indennizzati, con il limite di 60 giorni per sinistro e 180 per persona e Annualità.</p> <ul style="list-style-type: none"> • NO parto • NO malattie gravidanza e puerperio • NO Day Hospital 		
	Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero	<p>Massimo 120 giorni successivi alla data di dimissioni. Massimale annuo € 2.000 per persona</p>	Liquidazione diretta senza applicazione di Scoperto o Franchigia	Rimborso delle spese con Scoperto 20% col minimo di € 60,00
	Indennità giornaliera da Immobilizzazione	<p>Massimo 50gg per ogni infortunio e per Annualità. Corrisposta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se NO Ricovero: dal giorno dell'applicazione al giorno della rimozione; • Se SI Ricovero: dal giorno della dimissione al giorno della rimozione 	-	-

GARANZIE SUPPLEMENTARI	Massimale sostitutivo in caso di grande Intervento Chirurgico	Fino a 300 volte l'indennità giornaliera col massimo € 35.000 per Sinistro e Annualità limitatamente alle seguenti spese: • onorari chirurgo, aiuto, anestesista; • diritti sala operatoria e materiali; • assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici, medicinali, esami; • rette di degenza	Pagamento diretto delle spese: NO Scoperti NO Franchigia	Rimborso integrale delle spese O Rimborso spese non coperte da SSN
	Scelta Energy 1) Spese pre e post Ricovero 2) Spese assistenza infermieristica ospedaliera 3) Spese per retta accompagnatore 4) Raddoppio indennità	1) Ricovero > 3gg (NO parto naturale /cesareo) Massimale € 1.000 per persona e Annualità 2) 50% dell'Indennità giornaliera per massimo 30gg per ogni Ricovero 3) 50% dell'Indennità giornaliera per massimo 60gg per ogni Ricovero 4) In caso di ricovero per cure oncologiche, per cure intensive o all'estero.	-	-
CONDIZIONE SPECIFICA		L'Indennità decorre dal 6° giorno	-	-

Art. 3. SEZIONE ASSISTENZA

COSA ASSICURA

Art. 3.1 - Garanzia base ¹²

La Società si obbliga a mettere 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 nelle condizioni che seguono, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenute.¹³

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-009928 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi.
Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 051-6389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

¹² Cosa devo fare per utilizzare la garanzia di ASSISTENZA?



Per l'erogazione delle garanzie e dei servizi di Assistenza previsti sul contratto occorre sempre rivolgersi preventivamente alla Centrale Operativa di UniSalute richiedendo l'aiuto necessario con le seguenti modalità:

Prestazioni di consulenza erogate in Italia

Nel caso di richiesta delle prestazioni di consulenza di cui alle lettere a) e b), l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa di UniSalute:

- *al numero verde 800-009928 se in Italia*
- *al numero +39 051-6389046 se dall'estero*

specificando la prestazione richiesta, nei seguenti orari: Lun. - Ven. (8:30 - 19:30) esclusi i festivi.

Prestazioni di Assistenza erogate in Italia

Nel caso di richiesta delle prestazioni di Assistenza in Italia di cui alle lettere da c) a f), l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa di UniSalute S.p.A:

- *al numero verde 800-212477 se in Italia*
- *al numero +39 051-6389048 se dall'estero*

specificando la prestazione richiesta. Le prestazioni sono rese tutti i giorni 24 ore su 24.

Prestazioni di Assistenza erogate all'estero

Nel caso di richiesta delle prestazioni di Assistenza all'estero di cui alle lettere da g) a o), l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa di UniSalute S.p.A al numero +39 051-4161781. Le prestazioni sono rese tutti i giorni 24 ore su 24.

Per i dettagli vedasi più avanti in "Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri" – "Norme per la Sezione ASSISTENZA".

¹³ Come faccio a ricordarmi le delimitazioni e i sottolimiti presenti nelle condizioni di Assicurazione?



Per avere un quadro chiaro e completo su delimitazioni e sottolimiti, ma anche su Scoperti e Franchigie se presenti, è sufficiente consultare l'apposita tabella di sintesi che si trova al fondo di ogni Sezione delle condizioni di Assicurazione.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nei Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute.

Prestazioni di Assistenza erogate in Italia

Le seguenti prestazioni di assistenza vengono fornite dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800.212477. Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389048.

c) Pareri medici immediati

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

d) Invio di un medico

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

In 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 necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa **nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.**

f) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora 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 provvederà a organizzare 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 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 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 possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

Prestazioni di Assistenza erogate all'estero

Le seguenti prestazioni di assistenza vengono fornite dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero +39 051-4161781.

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 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 provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'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 provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'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.

l) Interprete a disposizione

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero ospedaliero all'estero, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale con i medici curanti, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete assumendosene i relativi costi **fino ad un massimo di 8 ore lavorative per evento e per annualità assicurativa.**

m) Rientro di minori

Qualora, a seguito di ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'estero, i figli minori di anni 15 si trovino senza un accompagnatore maggiorenne, UniSalute provvederà ad organizzare il rientro al domicilio dei figli dell'Assicurato tenendo a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di € 500,00 per sinistro.**

n) Rientro dall'estero

UniSalute provvede al rientro dell'Assicurato con accompagnamento di un parente residente in Italia mettendogli a disposizione un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe), andata e ritorno, per accompagnare l'Assicurato stesso, dimesso dall'Istituto di Cura, alla propria abitazione e qualora non sia necessaria l'assistenza di personale medico e paramedico.

o) Rientro anticipato

La Centrale Operativa provvederà ad organizzare il rientro anticipato dell'Assicurato alla sua abitazione, in caso di pericolo di vita del coniuge, figlio, fratello, genitore, suocero, genero dell'Assicurato stesso.

Il costo del biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) è a carico di UniSalute.

COSA NON ASSICURA

Art. 3.2 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante per le esclusioni previste all'Art. 2.4 Esclusioni del presente contratto.

LA CENTRALE OPERATIVA NON EROGA:

- a) le Prestazioni di Assistenza non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà;
- 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 di Assistenza;

Art. 3.3 - Delimitazioni

LA SOCIETA':

- non si assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo ritardato o mancato intervento dovuto a caso fortuito, causa di forza maggiore o a inesatte o incomplete informazioni fornite dall'Assicurato;
- non riconosce rimborsi né importi compensativi relativi a coperture delle quali l'Assicurato non ha usufruito per sua scelta o perché non ne ha avuto la necessità;
- non riconosce rimborsi, né indennizzi compensativi, per prestazioni organizzate da altre compagnie di assicurazione o da altri enti o che non siano state richieste, in fase di erogazione dell'assistenza, alla Centrale Operativa e da queste organizzate;
- non risponde dei fatti dolosi o colposi di professionisti dalla stessa incaricati di erogare le consulenze telefoniche ed è estranea ad ogni eventuale controversia che insorgesse tra l'Assicurato e tale professionista.

COME ASSICURA

Art 3.4 - Pagamento delle Prestazioni

La Società sostiene i costi delle sole Prestazioni di Assistenza indispensabili ad aiutare l'Assicurato ad affrontare la situazione di difficoltà che si è verificata, fino al momento in cui tale difficoltà cessa e comunque entro i limiti e nel rispetto dei Massimali di spesa stabiliti dal contratto.

I costi eccedenti i limiti di spesa che la Società si impegna a tenere a proprio carico gravano sull'Assicurato che deve pagarli direttamente al soggetto che eroga materialmente la Prestazione di Assistenza o alla Società, nel caso che li abbia per suo conto anticipati.

Se l'Assicurato non accetta di corrispondere l'eccedenza, la Società eroga la Prestazione di Assistenza solo nei limiti di quanto reso possibile dal Massimale previsto. **In alternativa, la Società rimborsa la spesa da lui sostenuta per procurarsi autonomamente la Prestazione precedentemente richiesta alla Centrale Operativa entro i limiti e i Massimali previsti da ciascuna Prestazione di Assistenza. In tal caso l'Assicurato deve produrre l'originale dei documenti fiscali a dimostrazione che ha effettivamente sostenuto la spesa.**

La Società rimborsa esclusivamente le spese che l'Assicurato abbia sostenuto se:

- siano state preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa;
- siano conseguenti ad interventi disposti dalle pubbliche autorità;
- lo stesso non abbia potuto richiedere immediatamente la Prestazione di Assistenza per cause di forza maggiore;
- le procedure da seguire per la sua attivazione impediscono alla Società di pagarle direttamente al fornitore incaricato.

A tal fine la Centrale Operativa fornirà all'Assicurato tutte le indicazioni necessarie per l'istruzione della relativa pratica.

Art. 3.5 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in Italia o all'estero a seconda della prestazione erogata, come indicato all'Art. 3.1 – Garanzia base.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Garanzia Base Prestazioni erogate in Italia	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Rientro dal Ricovero di primo soccorso	Spese per invio di ambulanza	Se percorso è pari a km 300
Trasferimento in centro medico specializzato	Fino al costo del trasferimento con uno dei mezzi di trasporto consentiti Trasferimento sanitario nei Paesi extra-europei solo aerei di linea, classe economica	-
Garanzia base Prestazioni erogate all'estero	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Viaggio di un familiare all'estero	Biglietto aereo (classe economica) o biglietto ferroviario (1° classe) andata e ritorno per 1 componente della famiglia Spese per soggiorno Massimo € 100 per Sinistro	Se Ricovero supera 10 giorni
Rimpatrio sanitario	Fino al costo del trasferimento con uno dei mezzi di trasporto consentiti Trasferimento sanitario nei Paesi extra-europei solo aerei di linea, classe economica	-
Interprete a disposizione	Fino a massimo 8 ore per evento e annualità assicurativa	-
Rientro di minori	Fino ad € 500 per Sinistro	Se il minore ha meno di 15 anni
Rientro dall'estero	Biglietto aereo (classe economica) o biglietto ferroviario (1° classe) andata e ritorno per 1 parente dell'Assicurato	-
Rientro anticipato	Biglietto aereo (classe economica) o biglietto ferroviario (1° classe) andata e ritorno per l'Assicurato	Se in pericolo di vita: coniuge, figlio, fratello, genitore, suocero, genero/nuora dell'Assicurato

Art. 4. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

NORME PER LA SEZIONE MALATTIA E INFORTUNI

Art. 4.1 - Denuncia del Sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato deve:

- presentare denuncia alla Società secondo quanto previsto all'Art. 4.2 - Modalità di utilizzo della copertura;
- mettere a disposizione della Società ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare il Sinistro;
- presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla liquidazione delle spese (generalità, estremi identificativi del contratto, ecc.);
- fornire tutta la Documentazione Sanitaria in copia fotostatica, o in originale se richiesta, necessaria per consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari alla verifica del suo diritto all'indennizzo.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

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 800-009928 (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 la Società, 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.

Art. 4.2 - Modalità di utilizzo della copertura

A. Per le garanzie previste agli Art. 2.2 "Garanzia base" "Prestazioni garantite" - lett. C) "Ospedalizzazione domiciliare post ricovero" e 2.5.1 "Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico", se operanti Nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute, l'Assicurato deve **preventivamente contattare la Centrale Operativa** al numero verde gratuito 800-009928 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 0516389046) **e specificare la prestazione richiesta.**

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dal centro sanitario non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi Punti 1) "Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute" e 2) "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute".

Nel caso si utilizzi un Centro Sanitario Convenzionato con UniSalute **senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate**, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate al punto 2) "Sinistri in centri sanitari non convenzionati con UniSalute".

1) Sinistri in Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute

Per la prenotazione delle prestazioni l'Assicurato deve utilizzare i servizi indicati all'Art. 4.1 "Denuncia del sinistro".

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione 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.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di Cura 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 provvederà a liquidare 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 del contratto.

Il centro sanitario 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.**

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un Grande Intervento Chirurgico o prestazioni di ospedalizzazione domiciliare post ricovero da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese verranno liquidate con le modalità indicate all'Art. 4.1 punto 2 "Sinistri in centri non convenzionati con UniSalute".

Qualora siano erogati servizi non previsti dal contratto e/o non autorizzati da UniSalute, l'Assicurato provvederà al pagamento degli stessi direttamente al Centro Sanitario Convenzionato.

2) Sinistri in centri non convenzionati con UniSalute

Per chiedere il rimborso delle spese per le prestazioni extraricovero, 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.
Tale modulo:
 - è compilabile tramite l'apposita funzione disponibile nella sezione "Sinistri/Rimborsi" - "Vuoi denunciare un sinistro?" all'interno dell'Area Clienti del sito ww.unisalute.it o, in alternativa
 - è stampabile, nella versione in bianco, reperibile all'interno della Sezione Modulistica del sito ww.unisalute.it;
- in caso di ricovero copia della cartella clinica conforme all'originale e copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato previa consegna ad UniSalute della copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento e salvo che non ricorra alcuno dei casi di non indennizzabilità previsti dal contratto.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre compagnie assicurative richiesta di rimborso per il medesimo sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, **verrà liquidato esclusivamente l'eventuale importo rimasto a Suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.**

B. Per garanzie diverse da quelle richiamate al precedente punto A

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso ad UniSalute entro 30 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute o l'erogazione dell'indennità giornaliera, l'Assicurato deve inviare direttamente 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.
Tale modulo:
 - è compilabile tramite l'apposita funzione disponibile nella sezione “Sinistri/Rimborsi” - “Vuoi denunciare un sinistro?” all'interno dell'Area Clienti del sito ww.unisalute.it o, in alternativa
 - è stampabile, nella versione in bianco, reperibile all'interno della Sezione Modulistica del sito ww.unisalute.it;
- in caso di ricovero copia della cartella clinica conforme all'originale e copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna ad UniSalute della copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento e salvo che non ricorra alcuno dei casi di non indennizzabilità previsti dal contratto.

Art. 4.3 - 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 al Centro Sanitario Convenzionato con Unisalute più vicino alla residenza stessa, per usufruire della prestazione richiesta l'Assicurato potrà avvalersi, previa autorizzazione della CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE, di un centro sanitario non convenzionato. In questo caso è previsto il rimborso integrale delle spese sostenute nei limiti e nei massimali previsti dalla prestazione.

Tale condizione non è operante per le prestazioni relative al Ricovero.

Art. 4.4 - Gestione dei documenti di spesa

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – si restituisce all'Assicurato, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

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.

Art. 4.5 - Obbligo di restituzione delle somme indebitamente ricevute

In caso di prestazione sanitaria effettuata in un Centro Sanitario Convenzionato o in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, 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 dalla Società al Centro Sanitario Convenzionato o rimborsate al Cliente stesso.

NORME PER SEZIONE ASSISTENZA

Art. 4.6 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro

L'Assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa di UniSalute S.p.A. per:

- comunicare la Prestazione di Assistenza richiesta;
- mettere a disposizione della Società, per il tramite della Centrale Operativa, ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare l'evento per il quale necessita la Prestazione di Assistenza;
- presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla Prestazione di Assistenza (generalità, estremi identificativi del contratto, ecc.).

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Art. 4.7 - Modalità per richiedere le Prestazioni di Assistenza

Per ogni richiesta di assistenza l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute ai seguenti numeri telefonici:

per i servizi di consulenza di cui all'Art. 3.1 Garanzia base lettere a), b):

Per chi chiama dall'Italia: 800-009928 (numero verde);

per chi chiama dall'estero: comporre il numero + 39 051-6389046.

per le Prestazioni di Assistenza erogate in Italia di cui all'Art. 3.1 Garanzia base lettere c), d), e), f):

Per chi chiama dall'Italia: 800.212477 (numero verde);

per chi chiama dall'estero: comporre il numero +39 051-6389048.

per le Prestazioni di Assistenza erogate all'estero di cui all'Art. 3.1 Garanzia base lettere g), h), i), l), m), n), o):

per chi chiama dall'estero: comporre il numero +39 051 4161781.

NORME VALIDE PER TUTTE LE SEZIONI

Art. 4.8 - Diritto di verifica

In caso di sinistro, la Società ha diritto di verificare l'effettiva sussistenza delle condizioni che rendono operante la garanzia e può controllare, a mezzo dei propri consulenti, le condizioni di salute dell'Assicurato; a tal fine, l'Assicurato deve autorizzare detti consulenti a prendere visione della cartella clinica.

Art. 4.9 - Controversie e Arbitrato irrituale

Ferma la libertà di adire l'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.

Resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

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

Art. 4.10 - Pagamento dell'Indennizzo

La Società provvede al pagamento del sinistro entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'importo previo accordo tra la Società e l'Assicurato, o da quello in cui è stato redatto il verbale delle operazioni arbitrali ai sensi dell'articolo "Controversie e Arbitrato Irrituale", a condizione che non si evidenzino casi previsti dalle esclusioni del contratto e previa presentazione alla Società di tutti i documenti dalla stessa richiesti, indicati nell'Art. 4.2 "Modalità di utilizzo della copertura".

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

Testo articoli del Codice Civile richiamati nel contratto.

CODICE CIVILE

Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo e colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di voler esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno.

Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893 c.c.

Art. 1898 Aggravamento del rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione;

ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901 Mancato pagamento del premio

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913 c.c., indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui si è verificato il sinistro o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di contestazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

ALLEGATO A - 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 del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici 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 rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano

- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatici
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

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 megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa al Cliente sull'uso dei suoi dati e sui suoi diritti

Gentile Cliente,

ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento") e degli artt. 15 e 16 del Reg. Ivass n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/2005 – Codice Assicurazioni Private). La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti, UniSalute S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la copertura sia eventualmente estesa al nucleo familiare, il trattamento potrà riguardare anche i dati di Suoi familiari e conviventi per le finalità e nei termini di seguito indicati⁽¹⁾.

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽²⁾ ci fornisce; tra questi ci sono anche categorie particolari di dati personali⁽³⁾ (in particolare, relativi alla Sua salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione⁽⁴⁾; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽⁵⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni 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" del nostro sito internet e/o di scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili, qualora previste dal Suo Piano Sanitario, utilizzeremo questi dati anche per identificarLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dalla Sua polizza ed inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permettere a Lei ed ai Suoi familiari eventualmente assicurati di ottenere i servizi online tramite l'"Area riservata" del nostro portale internet o direttamente tramite l'App UniSalute dal Suo *smartphone*, 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.

I dati relativi alla Sua salute (come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviati in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'"Area riservata" del sito UniSalute, o utilizzando la fotocamera dello *smartphone* per l'App) sono necessari per dare corso alle prestazioni previste dalla Sua polizza e per fornirLe i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite) e per adempimenti normativi⁶. 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 o del Suo eventuale familiare/convivente interessato⁽⁴⁾⁽⁸⁾.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) 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 Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁶⁾. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano⁽⁷⁾ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁵⁾.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi del "Titolare assicurato", alcuni dati, anche appartenenti a categorie particolari relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a conoscenza anche del predetto "Titolare assicurato" ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti. Ciascun beneficiario della Sua polizza potrà tuttavia registrarsi individualmente all'"Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili, qualora previste dal Suo Piano Sanitario, e gestire così in autonomia la propria posizione.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato dalle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto⁽⁹⁾. I Suoi dati personali 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).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì diritto a richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it), con sede in Via Larga n. 8 – 40138 Bologna. Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito privacy@unisalute.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (7).

Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Note

- 1) In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi.
- 2) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue 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.
- 3) Rientrano nelle categorie particolari di dati personali non solo quelli relativi alla salute, ma anche i dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, le opinioni politiche, l'appartenenza sindacale, nonché i dati genetici o biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona e i dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
- 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'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicurato; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistiche-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 la protezione dei dati.
- 6) 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
- 7) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi 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 (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.
- 8) Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca. 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).
- 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.

