



UNISALUTE PMI

Platino



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**

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 ed Infortunio e prestazioni di assistenza.



Che cosa è assicurato?

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

SPESE SANITARIE:

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

ASSISTENZA:

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



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Malattia o Infortunio (compreso l'evento parto).



Ci sono limiti di copertura?

- ! Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Scoperti (espressi in percentuale) e Franchigie (espressi in cifra fissa) e massimali specifici per garanzia, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.
- ! Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo che queste non siano derogate dalle singole garanzie):
 - le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto e non dichiarati alla Società o non evidenziati nel Questionario Sanitario con dolo o colpa grave;
 - le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, incluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;
 - la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
 - le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
 - il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
 - le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
 - le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
 - l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
 - gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
 - le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di Infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di Polizza);
 - le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 8/11/1991 pubblicato sulla G.U. 262) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
 - le deneghe dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto

permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

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



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale nel mondo intero.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Si precisa che la Società presta la garanzia sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato e risultanti dal Questionario sanitario che forma parte integrante della Polizza stessa. Le dichiarazioni inesatte o reticenti o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile C.C.

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



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato in via anticipata al momento della stipulazione e successivamente ad ogni scadenza annuale alla Direzione della Società oppure all'agenzia/intermediario assicurativo, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente. La Società può concedere il pagamento frazionato in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali, senza oneri aggiuntivi. L'eventuale frazionamento è indicato in polizza.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha effetto e termina alle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento. I premi devono essere pagati alla Società. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

Il contratto non prevede il tacito rinnovo e, pertanto, cessa alla scadenza del periodo prefissato senza obbligo di disdetta.



Come posso disdire la polizza ?

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

Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

UniSalute S.p.A.

Prodotto: UniSalute PMI - Platino

Data: 01/07/2022 - 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?

Franchigia fissa/maggiorata	La Società liquida l'importo dovuto a termini di Polizza per le prestazioni di cui all'art. "Ricovero" con una Franchigia di € 800,00 per Sinistro. Nel caso in cui la Franchigia sia concomitante con uno Scoperto, l'Indennizzo viene determinato applicando all'importo delle spese sostenute dall'Assicurato uno Scoperto del 20% con il minimo di € 1.500,00 ed il massimo di € 10.000,00.
Massimale unico	Il Massimale/somme assicurate di cui alla garanzia base Ospedaliera e alla garanzia Odontoiatria/Ortodonzia devono intendersi prestate per Nucleo familiare.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

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

LIMITAZIONI

Ricovero: le spese in strutture private o pubbliche non convenzionate con la Società sono rimborsate con uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 1.000,00 ed un massimo di € 10.000,00. È prevista l'erogazione di una indennità di € 150,00 per ogni giorno di ricovero fino a 100 giorni, entro un massimale di € 4.000,00. La garanzia prevede un massimale annuo di € 250.000,00.

Trasporto sanitario: la garanzia prevede massimale di € 1500,00 per ricovero (€ 5.000,00 in caso di ricovero all'estero).

Protesi ed Ausili ortopedici: la garanzia prevede un massimale di € 3.000,00.

Rimpatrio della salma: la garanzia prevede un massimale di € 5.000,00.

Alta specializzazione: le spese in strutture private non convenzionate con la Società sono rimborsate con uno scoperto del 20% con una franchigia di € 60,00. La garanzia prevede un massimale annuo di € 15.000,00.

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici: le spese in strutture private non convenzionate con la Società sono rimborsate con uno scoperto del 20% con una franchigia di € 60,00. La garanzia prevede un massimale annuo di € 2.000,00.

Trattamenti fisioterapici riabilitativi: le spese in strutture private non convenzionate con la Società sono rimborsate con uno scoperto del 20% con una franchigia di € 60,00. La garanzia prevede un massimale annuo di € 500,00.

Tickets per Accertamenti Diagnostici e Visite specialistiche: La garanzia prevede un massimale di € 1.000,00.

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

Prestazioni odontoiatriche particolari – Prevenzione odontoiatrica: le spese in strutture convenzionate rimangono a carico della Società, Nel caso di utilizzo per la seduta di igiene orale di una struttura non convenzionata, è previsto il rimborso della spesa sostenuta con il limite di €. 60,00 all'anno. La garanzia prevede la fruizione delle prestazioni 1 volta all'anno.

Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero: la garanzia viene prestata solo in forma diretta in strutture convenzionate con la Società a seguito di un elenco specifico di patologie. La garanzia prevede un massimale annuo di € 1.500,00.

Prestazioni odontoiatriche e ortodontiche: le spese in strutture convenzionate rimangono a carico della Società, le spese in strutture non convenzionate con la Società sono rimborsate con uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona. La garanzia prevede un massimale annuo di € 750,00.

Stati di non autosufficienza consolidata/permanente: la garanzia prevede un massimale mensile di € 800,00.

Cure Oncologiche: le spese in strutture convenzionate rimangono a carico della Società, le spese in strutture private non convenzionate con la Società sono rimborsate con uno scoperto del 20%. La garanzia prevede un massimale annuo di € 15.000,00.

Second opinion: le spese in strutture convenzionate rimangono a carico della Società.

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


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


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





Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: Entro 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto, è possibile richiedere rimborso alla Società.</p> <p>E' possibile chiedere la prenotazione o comunicare l'appuntamento delle prestazioni extraricovero sul sito www.unisalute.it utilizzando la funzione "Fai una nuova prenotazione" disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti, oppure è possibile accedere ai servizi di prenotazione attraverso l'app "UniSalute Up" che si può scaricare direttamente su App Store e Play Store.</p> <p>In caso di ricovero, o nel caso in cui non possa accedere ad internet o non possa scaricare la app "UniSalute Up", l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa.</p> <p>In caso di sinistro relativo alle garanzie RICOVERO, l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico, oppure può utilizzare la app "UniSalute Up", e caricare la foto delle fatture e dei documenti richiesti per il rimborso.</p> <p>E' possibile comunque richiedere il rimborso inviando il modulo di denuncia del sinistro, copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute, prescrizione contenente la patologia presunta o accertata, certificato di Pronto Soccorso (in caso di prestazioni extraricovero, dove previsto dalle singole garanzie) o copia della cartella clinica o scheda di dimissione ospedaliera (in caso di prestazioni di ricovero) all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO – Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO.</p> <p>In caso di Sinistro relativo alla garanzia Stati di non autosufficienza consolidata/permanente, l'Assicurato o l'amministratore di sostegno, il tutore legale o un familiare, deve telefonare alla Centrale Operativa, entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza, fornendo le informazioni richieste per poter usufruire delle prestazioni e consulenze.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: Il contratto prevede per RICOVERO, ALTA SPECIALIZZAZIONE, VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI, PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI, PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI, INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRA-RICOVERO, PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE, CURE ONCOLOGICHE, la possibilità di avvalersi di prestazioni di assistenza diretta, mediante l'accesso ad un circuito di centri sanitari convenzionati con Unisalute a cui è affidata l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni. Unisalute fornisce inoltre informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti dei centri sanitari, sulla loro ubicazione e sui servizi.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: La gestione dei Sinistri avvenuti all'estero relativi alla garanzia Servizi di assistenza è affidata a Unipol Assistance S.c.r.l. società non assicurativa.</p> <p>Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI
Obblighi dell'impresa	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.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il premio, i massimali e le indennità sono soggetti ad adeguamento annuale in proporzione alle variazioni percentuali dell'indice ISTAT "Servizi sanitari e spese per la salute".
Rimborso	Non sono previste ipotesi di rimborso del premio a favore del Contraente.

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

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non è previsto diritto di ripensamento.
Risoluzione	Non è contrattualmente prevista la possibilità per il Contraente di risolvere il contratto.
 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Persone giuridiche aventi esigenza principale di garantire a soggetti identificati - ed eventualmente ai loro nuclei familiari – delle coperture per i seguenti rischi malattia/infortunio: <i>Ricovero; Visite e accertamenti; Cure odontoiatriche; Non Autosufficienza; Fisioterapia da Infortunio; Cure oncologiche; nonché 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	<p>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.</p> <p>I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela</p> <p>I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.</p> <p>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.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p> <p>Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.</p> <p>I reclami indirizzati all'IVASS contengono:</p> <ul style="list-style-type: none">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. <p>Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.</p> <p>Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (<i>indicare quando obbligatori</i>):	
Mediazione	<p>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).</p> <p>Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.</p>
	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12

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

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

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

UNISALUTE PMI - PLATINO

Contratto di assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01607 / 004 / 00000 / H – Ed. 01 / 07 / 2022

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



INDICE

GLOSSARIO	1
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE.....	8
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	8
1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	8
2. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI	8
3. DURATA DELL' ASSICURAZIONE	9
4. FORMA DELLE COMUNICAZIONI	9
5. DIRITTO DI RECESSO.....	9
6. VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE	9
QUANDO E COME DEVO PAGARE.....	10
7. PREMIO	10
CHE OBBLIGHI HO.....	10
8. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	10
9. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE	10
ALTRE NORME.....	11
10. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	11
11. OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	11
12. ALTRE ASSICURAZIONI.....	11
13. FORO COMPETENTE	11
14. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	11
15. OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE	11
16. LEGISLAZIONE APPLICABILE	11
17. REGIME FISCALE	11
18. RECLAMI	12
SEZIONE MALATTIA O INFORTUNIO	14
COSA ASSICURA	14
19. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	14
20. RICOVERO	14
20.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA	14
20.2 TRASPORTO SANITARIO	15

20.3	DAY-HOSPITAL	16
20.4	INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	16
20.5	TRAPIANTI	16
20.6	PARTO E ABORTO	16
22.6.1	PARTO CESAREO	16
20.6.2	PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO	16
20.7	PROTESI ED AUSILI ORTOPEDICI	17
20.8	RIMPATRIO DELLA SALMA	17
20.9	MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	17
20.10	INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO	18
20.11	MASSIMALE ASSICURATO	19
	TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI	20
	COSA ASSICURA	22
21.	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	22
22.	ALTA SPECIALIZZAZIONE	22
23.	VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	24
24.	TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI.....	24
25.	TICKETS PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE.....	25
26.	PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE	25
27.	PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE ODONTOIATRICA.....	26
28.	INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	27
29.	ODONTOIATRIA / ORTODONZIA	27
30.	STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE.....	28
30.1	OGGETTO DELLA GARANZIA	28
30.2	CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	28
30.3	MASSIMALE MENSILE ASSICURATO	29
30.4	TERMINE PER L'INDENNIZZO.....	29
30.5	DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	29
30.6	PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) e PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE / RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA	32
31.	CURE ONCOLOGICHE	34
32.	SECOND OPINION.....	35
	TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI	36

CONDIZIONI SPECIFICHE	38
CHE COSA NON È ASSICURATO	39
33. ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE	39
COME ASSICURA	40
34. PERSONE NON ASSICURABILI	40
35. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA	40
DOVE VALE LA COPERTURA?	43
36. ESTENSIONE TERRITORIALE	43
NORME CHE REGOLANO I SINISTRI.....	43
37. DENUNCIA DEL SINISTRO	43
38. SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ.....	44
39. SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ.....	45
40. SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	46
41. PAGAMENTO DEL SINISTRO	46
42. DENUNCIA DEL SINISTRO PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE.....	46
42.1 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DA PARTE DELLA SOCIETÀ.....	46
42.2 MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI	48
42.3 EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO ASSISTENZIALI	48
42.4 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA	48
42.5 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA.....	49
43. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	49
44. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO.....	50
45. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	50
46. OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE	50
47. SECOND OPINION – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ'	50
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	52
INFORMATIVA PRIVACY.....	54

GLOSSARIO

Aborto

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

Aborto spontaneo

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

Aborto terapeutico

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

Accertamento diagnostico

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

Agenti

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

Amministratore di sostegno

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

Anno

Periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza

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

Assistenza Infermieristica

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

Atti elementari della vita quotidiana

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

Broker

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

Case Manager (CM)

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

Centrale Operativa/Struttura organizzativa

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

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

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

Contraente

Il soggetto che stipula la Polizza.

Day-hospital

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

Difetto fisico

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

Dipendenti e collaboratori

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

Documentazione sanitaria

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

FIN-NET

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

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. 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 e patologie riportati nelle Condizioni di Assicurazione.

Imprese di assicurazione

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

Indennità sostitutiva

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

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio

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

Intermediari

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

Intermediari iscritti nell'elenco annesso

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

Intervento chirurgico

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

Intervento chirurgico ambulatoriale

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

Istituto di cura

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

Ivass

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da Isvap dal 1° gennaio 2013.

Libera professione intramuraria

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

Lite transfrontaliera

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

Malattia

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

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

Massimale mensile

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

Medicina non ufficiale

Insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute dalla Medicina Ufficiale o Accademica

Medicinale

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

Nucleo familiare

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

Periodi di carenza contrattuali

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

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.

Piano assistenziale Individualizzato (PAI)

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

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo per l'Assicurazione.

I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Presa in carico

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

Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza

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

Questionario Sanitario

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

Reclamante

Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del Reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, dell'eventuale Intermediario assicurativo, ad esempio il Contraente, l'Assicurato, il beneficiario e il danneggiato.

Reclamo

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

Registro

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

Retta di degenza

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

Ricovero

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

Rischio

La probabilità del verificarsi del Sinistro.

RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali)

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

Scoperto

Percentuale applicabile all'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

UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Stato di non autosufficienza consolidato

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

Struttura sanitaria convenzionata

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

Teladoc Health International

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

Terapie mediche

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

Tutore legale

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

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

Unipol Gruppo S.p.A.

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

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

I premi devono essere pagati alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 Codice Civile.

È esclusa comunque la copertura di eventuali Sinistri verificatisi durante la sospensione assicurativa.

2. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

La garanzia decorre dalle ore 24:

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

Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione/ripresa – senza soluzione di continuità – di altra emessa dalla medesima Società o società appartenente ad Unipol Gruppo S.p.A. riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano:

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

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

Neonati

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

3. DURATA DELL' ASSICURAZIONE

L'Assicurazione cessa alla scadenza del periodo prefissato, senza tacito rinnovo.

4. FORMA DELLE COMUNICAZIONI

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

5. DIRITTO DI RECESSO

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

6. VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

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

QUANDO E COME DEVO PAGARE

7. PREMIO

Il Premio deve essere pagato in via anticipata alla Direzione della Società oppure all'agenzia/Intermediario assicurativo, al quale è stato assegnato il contratto della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

CHE OBBLIGHI HO

8. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

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

9. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE

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

Inoltre le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato rese in sede di compilazione del Questionario Sanitario, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita automatica totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

ALTRE NORME

10. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della Polizza debbono essere provate per iscritto.

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

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

12. ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso per iscritto in caso di Sinistro, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

13. FORO COMPETENTE

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

14. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

15. 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.

16. LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

17. REGIME FISCALE

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

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

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

18. 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 Commissione Paritetica o 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.

SEZIONE MALATTIA O INFORTUNIO

COSA ASSICURA

ARTICOLI RIFERITI A PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO IN CASO DI RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

19. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è operante in caso di Malattia e in caso di Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese di Ricovero sostenute dall'Assicurato per:

- Ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- Day-hospital;
- Intervento chirurgico ambulatoriale;
- Trapianti;
- Protesi ed Ausili ortopedici;
- Rimpatrio della Salma.

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

a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società

b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

c) Servizio Sanitario Nazionale

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

20. RICOVERO

20.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- Ricovero

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

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di Ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 250,00 al giorno.

e) Accompagnatore

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

Nel caso di Ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero.

g) Post Ricovero

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

20.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per Ricovero.

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

Tali mezzi potranno essere:

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

La Società rimborsa le spese sostenute, compresa l'eventuale assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, fino alla concorrenza di € 5.000,00 per Sinistro.

20.3 DAY-HOSPITAL

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

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

20.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

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

20.5 TRAPIANTI

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

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

20.6 PARTO E ABORTO

22.6.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in Struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-Ricovero" b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) Retta di degenza, e) Accompagnatore, g) "Post-Ricovero", e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 10.000,00 per anno assicurativo e per persona, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

20.6.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e Aborto terapeutico effettuato sia in Struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-

Ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto “Ricovero in Istituto di cura”, lettera g) “Post-Ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 3.500,00 per anno assicurativo e per persona, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

20.7 PROTESI ED AUSILI ORTOPEDICI

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

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.000,00 per anno assicurativo e per persona.

20.8 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all’estero durante un Ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 5.000,00 per anno assicurativo e per persona.

20.9 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Premesso che il convenzionamento dei medici è operante esclusivamente quando questi svolgono la loro attività presso le strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute, e in caso di Intervento chirurgico o di Ricovero medico la struttura sanitaria si intenderà convenzionata solo se il personale medico/chirurgico è convenzionato, resta stabilito che:

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate nel limite del Massimale assicurato, ad eccezione delle seguenti:
punto “Ricovero in Istituto di cura”:

lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto “Trasporto sanitario”;

punto “Protesi ed ausili ortopedici”

punto “Rimpatrio della salma”

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

punto “Parto e Aborto”;

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

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno Scoperto del 20%, con il minimo di € 1.000,00 e massimo di € 10.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero in Istituto di cura":

lett. d) "Retta di degenza";

lett. e) "Accompagnatore";

lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto "Trasporto sanitario";

punto "Parto e Aborto";

punto "Protesi ed ausili ortopedici"

punto "Rimpatrio della salma";

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

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

Qualora l'Assicurato sostenga durante il Ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

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

20.10 INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il Ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di "pre" e "post Ricovero" con le modalità di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) Pre Ricovero e lett. g) Post Ricovero, avrà diritto a un'indennità di € 150,00 per ogni giorno di Ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni Ricovero. Le spese relative alle garanzie di "pre" e "post Ricovero" in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti previsti al punto "Modalità di erogazione delle prestazioni" ed assoggettate ad un Massimale annuo pari a € 4.000,00.

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

20.11 MASSIMALE ASSICURATO

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate è di € 250.000,00 per persona e per anno Assicurativo.

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

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni assicurate	Rif. Articolo	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri convenzionati	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri non convenzionati	Franchigie e Scoperti in SSN	Limiti	
					Sottomassimale	Massimale
RICOVERO, DAY-HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE, TRAPIANTI, PARTO E ABORTO TERAPEUTICO	20	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20%		(PARTO CESAREO) € 10.000,00 per anno assicurativo e per persona	Massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie pari a € 250.000,00 per persona e anno assicurativo che raddoppia in caso di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico
<u>Pre Ricovero</u>	20.1 a	Rimborso integrale delle spese	Scoperto del 20%		(PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO) € 3.500,00 per anno assicurativo e per persona	
<u>Intervento chirurgico</u>	20.1 b	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20%			
<u>Assistenza medica, medicinali, cure</u>	20.1 c	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20%			
<u>Rette di degenza</u>	20.1 d	Liquidazione diretta a carico della Società	Limite di € 250 al giorno			
<u>Accompagnatore</u>	20.1 e	Liquidazione diretta a carico della Società	Sottolimito di € 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero			

<u>Assistenza infermieristica privata individuale</u>	20.1 f	Sottolimito di € 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero	Sottolimito di € 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero			
<u>Post Ricovero</u>	20.1 g	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20%			
<u>TRASPORTO SANITARIO</u>	20.2	Sottolimito di € 1.500,00 per Ricovero (€ 5.000,00 in caso di ricovero all'estero)	Sottolimito di € 1.500,00 per Ricovero (€ 5.000,00 in caso di ricovero all'estero)			
<u>PROTESI ED AUSILI ORTOPEDICI</u>	20.7	Sottolimito di € 3.000,00 per anno assicurativo persona	Sottolimito di € 3.000,00 per anno assicurativo persona			
<u>RIMPATRIO DELLA SALMA</u>	20.8	Limite di € 5.000,00 per anno assicurativo e per persona	Limite di € 5.000,00 per anno assicurativo e per persona			
<u>RICOVERO: INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO</u>	20.10	Garanzia prevista solo in SSN	Garanzia prevista solo in SSN	Importo giornaliero di € 150,00 fino a 100 giorni di Ricovero (con raddoppio dell'importo in caso di Ricovero per Grande Intervento)	PRE E POST RICOVERO € 4.000,00 per anno e per persona	
<u>Pre Ricovero</u>	20.10	Rimborso integrale delle spese	Rimborso integrale delle spese			
<u>Post Ricovero</u>	20.10	Rimborso integrale delle spese	Rimborso integrale delle spese			

COSA ASSICURA

ARTICOLI RIFERITI A PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO IN ASSENZA DI RICOVERO

21. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

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

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

a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società

b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

c) Servizio Sanitario Nazionale

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

22. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere, non connesse a Ricovero ospedaliero e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto:

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia

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

Accertamenti

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

Terapie

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

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni Accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 15.000,00 per persona e per anno assicurativo.

23. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

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

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, 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 o Accertamento diagnostico.

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

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

24. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di Infortunio o Malattia, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente all'Infortunio o alla Malattia denunciati e siano effettuate

da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per fattura.

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

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per persona.

25. TICKETS PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE

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

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

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde ad € 1.000,00 per persona.

26. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno dall'Assicurato in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità e sono finalizzate a prevenire l'insorgenza di patologie coperte dalla Polizza.

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

Prestazione previste per gli uomini

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale

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

Prestazione previste per le donne

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

27. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE ODONTOIATRICA

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'Assicurazione" al punto 14, la Società provvede al pagamento al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale all'anno in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione di prestazioni odontoiatriche.

Nel caso di utilizzo per la seduta di igiene orale di una struttura non convenzionata, è previsto il rimborso della spesa sostenuta con il limite di € 60,00 all'anno.

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

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

28. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

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

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

Si specifica che:

- Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.
- Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

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

La Documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione consiste in:

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

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di € 1.500,00 per persona.

29. ODONTOIATRIA / ORTODONZIA

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'Assicurazione" al punto 14, la Società provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.

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

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Le spese vengono liquidate nel limite annuo di € 750,00 per persona.

30. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

30.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

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

30.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

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

1. Non avere limitazioni per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a. Lavarsi
 - b. Vestirsi e svestirsi
 - c. Andare al bagno e usarlo
 - d. Spostarsi
 - e. Continenza
 - f. Nutrirsi
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata

(intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.

4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.
5. Aver compiuto 18 anni al momento di effetto della Polizza.

30.3 MASSIMALE MENSILE ASSICURATO

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", il Massimale mensile garantito per il complesso delle garanzie sotto indicate, corrisponde a € 800,00.

30.4 TERMINE PER L'INDENNIZZO

La Società riconoscerà l'Indennizzo se l'Assicurato si troverà ancora in vita dopo 60 giorni dalla denuncia scritta alla Compagnia dello stato di non autosufficienza.

30.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

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

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

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

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

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

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI

PUNTEGGIO

1° grado

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

0

2° grado

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

5

3° grado

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

10

VESTIRSI E SVESTIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

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

0

2° grado

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

5

3° grado

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

10

ANDARE AL BAGNO E USARLO

PUNTEGGIO

1° grado

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

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

(1) andare in bagno

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

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

bagno

0

2° grado
L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3) 5

3° grado
L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3) 10

SPOSTARSI **PUNTEGGIO**

1° grado L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi 0

2° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore 5

3° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi 10

CONTINENZA **PUNTEGGIO**

1° grado
L'Assicurato è completamente continente 0

2° grado
L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno 5

3° grado
L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia 10

NUTRIRSI **PUNTEGGIO**

1° grado
L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti 0

2° grado
L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:
• sminuzzare/tagliare cibo 5

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

3° grado

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

10

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

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

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

A seguito del contatto telefonico l'Assicurato, l'Amministratore di sostegno o il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà produrre la documentazione specificata all'articolo "RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DELLA SOCIETA'". Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della Documentazione sanitaria pervenuta, la Società si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio medico e del Case Manager.

1) Nel caso in cui la Società riconosca lo Stato di non autosufficienza consolidato, all'assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'assicurato una guida orientativa,

contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari.

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), la Società, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla

struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

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

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

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

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

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

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

31. CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di Malattie Oncologiche UniSalute liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di Ricovero o Day-hospital che in regime di extraricovero), con Massimale autonomo.

Si intendono incluse in garanzia anche le visite specialistiche, gli Accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a Strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni visita specialistica, prestazione/Accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è di € 15.000,00 per persona e per anno assicurativo.

32. SECOND OPINION

La presente Assicurazione vale nel caso in cui l'Assicurato richieda ad UniSalute una verifica circa il responso ottenuto dai sanitari curanti relativamente ad una diagnosi o ad un'impostazione terapeutica rientrante nell'elenco di patologie definito all'art. "Second Opinion - Criteri di indennizzabilità".

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni assicurate in assenza di RICOVERO	Rif. Articolo	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri convenzionati	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri non convenzionati	Franchigie e Scoperti in SSN	Limiti
ALTA SPECIALIZZAZIONE	22	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni Accertamento diagnostico o ciclo di terapia	Rimborso integrale dei Tickets	€ 15.000,00 per anno assicurativo e per persona
VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	23	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni visita specialistica o Accertamento diagnostico	Rimborso integrale dei Tickets	€ 2.000,00 per persona
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI	24	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per fattura/persona	Rimborso integrale dei Tickets	€ 500,00 per persona
TICKETS PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE	25			Rimborso integrale dei Tickets	€ 1.000,00 per persona
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI - PREVENZIONE	26	Liquidazione diretta a carico della Società	Garanzia prevista solo in strutture convenzionate	Garanzia prevista solo in strutture convenzionate	Una volta l'anno
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE ODONTOIATRICA	27	Liquidazione diretta a carico della Società	Solo per sedute di igiene orale con un Sottolimito di € 60,00 all'anno	Non previsto	
INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	28	Liquidazione diretta a carico della Società	Non previsto	Rimborso integrale dei Tickets	Limite annuo di € 1.500,00 per persona

ODONTOIATRIA/ORTODONZIA	29	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per ogni fattura/persona	Rimborso integrale dei Tickets	Limite annuo di € 750,00 per persona
STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	30	Liquidazione diretta a carico della Società	Garanzia prevista solo in strutture convenzionate	Garanzia prevista solo in strutture convenzionate	€ 800,00
CURE ONCOLOGICHE	31	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20%	Rimborso integrale dei Tickets	€ 15.000,00 per persona ed anno assicurativo
SECOND OPINION	32	Liquidazione diretta a carico della Società	Garanzia prevista solo in strutture convenzionate	Garanzia prevista solo in strutture convenzionate	

CONDIZIONI SPECIFICHE

(Operanti solo se richiamate in Polizza)

A - Franchigia fissa/maggiorata su Ricoveri, Day-hospital e Interventi Chirurgici Ambulatoriali in Istituto di cura

In Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

La Società liquida l'importo dovuto a termini di Polizza per le prestazioni di cui all'art. "Ricovero" con una Franchigia di € 800,00 per Sinistro.

UniSalute provvederà a liquidare direttamente quanto dovuto a termini di Polizza previa deduzione della Franchigia.

L'Assicurato dovrà pertanto versare detto importo di Franchigia all'Istituto di cura e/o all'équipe operatoria.

In Strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

Nel caso in cui la Franchigia sia concomitante con uno Scoperto, l'Indennizzo viene determinato applicando all'importo delle spese sostenute dall'Assicurato uno Scoperto del 20% con il minimo di € 1.500,00 ed il massimo di € 10.000,00.

B - Massimale unico per Nucleo familiare ed anno assicurativo

Il Massimale/somme assicurate di cui alla garanzia Ricovero e alla garanzia Odontoiatria/Ortodonzia devono intendersi prestate per Nucleo familiare. Pertanto, le somme indicate in Polizza si intendono prestate globalmente per tutte le persone assicurate appartenenti allo stesso Nucleo familiare ed esse costituiscono la massima esposizione della Società per uno o più Sinistri verificatisi nel corso della stessa Annualità assicurativa.

CHE COSA NON È ASSICURATO

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

33. ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante per:

1. le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto e non dichiarati alla Società o non evidenziati nel Questionario Sanitario con dolo o colpa grave;
2. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, incluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;
3. la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
4. le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
5. il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
6. le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
7. le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
8. l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
9. gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
10. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di Infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di Polizza);
11. le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 8/11/1991 pubblicato sulla G.U. 262) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
12. le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere Assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

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

COME ASSICURA

ARTICOLI RIFERITI ALLA SEZIONE "PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO IN CASO DI RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO" e ALLA SEZIONE "PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO IN ASSENZA DI RICOVERO"

34. PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi organiche cerebrali. Si conviene che la sopravvenienza di tali dipendenze o Malattie durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'Assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

35. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

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

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di Assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

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

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di Infortunio o di Malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica 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 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire 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.

All'estero

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

g) Viaggio di un familiare all'estero

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

DOVE VALE LA COPERTURA?

36. ESTENSIONE TERRITORIALE

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

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

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

37. DENUNCIA DEL SINISTRO

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

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

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

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

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

Qualora l'Assicurato utilizzi una Struttura sanitaria convenzionata, senza avere preventivamente contattato 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.

38. SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

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

La Società provvederà ad inviare alla struttura convenzionata la Presa in carico relativa alle prestazioni che rientrano in copertura. La Presa in carico varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

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

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

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

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionati/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di Polizza.

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

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

39. SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

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 - c/o CMP BO – Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria:

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

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

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

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'Indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

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

40. SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

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

Per chiedere il rimborso di quanto speso l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico. In alternativa può usare il modulo cartaceo. Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, se prevista, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

41. PAGAMENTO DEL SINISTRO

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 agli articoli "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e al punto "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

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

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

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

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

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

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa all'Assicurato sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del medico curante o del medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di

deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);

- il Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato;
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la Documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

42.2 MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI

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

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

42.3 EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO ASSISTENZIALI

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

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

42.4 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA

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

- ♣ il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato; il modulo di informativa all'Assicurato sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- ♣ il certificato del medico curante o del medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre,

essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);

- ♣ il Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato; Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- ♣ Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la Documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

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

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

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

42.5 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

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

43. GESTIONE DOCUMENTAZIONE 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.

44. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

45. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

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

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

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

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

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

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

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

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

46. OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE

In caso di prestazione sanitaria effettuata in Istituto di cura convenzionato o non, qualora si dovesse accertare l'inoperatività e/o inefficacia dell'Assicurazione, ne sarà data comunicazione all'Assicurato il quale, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2033 del Codice Civile, dovrà restituire a UniSalute tutte le somme indebitamente versate all'Istituto di cura o rimborsate all'Assicurato stesso.

47. SECOND OPINION – CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

1) Consulenza Interna. UniSalute, attraverso Teladoc Health International, fornisce un servizio che si sostanzia nel rilascio di un referto scritto da parte dei medici associati a Teladoc Health International specialisti nella specifica patologia, reso sulla base dell'analisi dei referti medici prodotti dall'Assicurato e dell'esame dei principali risultati diagnostici presentati. La relazione scritta includerà

una sintesi delle informazioni riguardanti il medico interpellato sul caso, comprendente la specializzazione, la formazione e l'esperienza maturata.

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

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

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

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

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

Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

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

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

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- *Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago*
- *Interventi con esofagoplastica*

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

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

CHIRURGIA PEDIATRICA

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

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

TRAPIANTI DI 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 normativi⁽⁶⁾. 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⁽¹⁾⁽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'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 5) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per 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 basata 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).

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.

