



## **UNISALUTE 360°** **Assicurazione Malattia e Infortuni**

Gentile Cliente  
alleghiamo i seguenti documenti:

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

# Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute  
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

Compagnia: UniSalute S.p.A.

Prodotto: "UniSalute 360°"

"UniSalute S.p.A. - C.F. 03843680376 - P.IVA 03740811207 - Società iscritta in Italia alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00084 e autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell' 8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112) soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046"

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

## Che tipo di assicurazione è?



### Che cosa è assicurato?

L'Assicurazione, operante in caso di Malattia 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 - PREVENZIONE (sempre operante):** spese, in caso di Malattia e di Infortunio, per prevenzione ematochimica, visite specialistiche e accertamenti diagnostici post-prevenzione ematochimica, Alta Specializzazione e visite specialistiche.
- ✓ **ASSISTENZA (sempre operante):** 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.

#### Pacchetti aggiuntivi:

- ✓ **SPESE SANITARIE - ONCOLOGIA:** spese sostenute per prevenzione Oncologica, alta Specializzazione, indennità per la convalescenza a seguito di Ricovero in Istituto di Cura per Tumore Maligno, cure oncologiche extra Ricovero, Second Opinion e counseling psicologico.
- ✓ **SPESE SANITARIE - GRANDI INTERVENTI E MALATTIE GRAVI:** spese sostenute per ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie, alta specializzazione, Second Opinion e servizi di post-ospedalizzazione.
- ✓ **SPESE SANITARIE - ODONTOIATRIA:** spese sostenute per prevenzione odontoiatrica, interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero, prestazioni odontoiatriche da Infortunio e prestazioni odontoiatriche da Infortunio per circolazione stradale.
- ✓ **GARANZIE OPZIONALI:**  
**Garanzie supplementari (a pagamento)**  
**SPESE SANITARIE - ODONTOIATRIA:** Prestazioni odontoiatriche

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

Per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni.



### Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Malattia o Infortunio.
- ✗ **SPESE SANITARIE - PREVENZIONE, SPESE SANITARIE - ONCOLOGIA e SPESE SANITARIE - GRANDI INTERVENTI E MALATTIE GRAVI:** non sono assicurabili le persone che, prima della sottoscrizione della presente copertura assicurativa, abbiano sofferto delle seguenti patologie/dipendenze: Tumori maligni insorti nei dieci anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza; Morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson, Demenze Senili, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Corea di Huntington, Atrofia Multi Sistemica, Demenza a corpi di Lewy, Malattia del Motoneurone; Malattie croniche a carico del fegato e cirrosi epatica; Pancreatite acuta e cronica; Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei dieci anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza; Insufficienza renale cronica, diabete mellito tipo 1, diabete mellito tipo 2 (solo se insulino dipendente); Angina pectoris, infarto insorto nei 10 anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza, malattie delle arterie coronariche, valvulopatie, cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica; Sieropositività all'HIV; Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%; Trapianti di organi o arti; Alcolismo; Tossicodipendenza.



### Ci sono limiti di copertura?

- ! Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Scoperti (espressi in percentuale) e Franchigie (esprese in cifra fissa) e massimali specifici per garanzia, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.
- ! Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo che queste non siano derogate dalle singole garanzie):
  - **SPESE SANITARIE - PREVENZIONE:** cure per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni.
  - **SPESE SANITARIE - ONCOLOGIA:** le conseguenze dirette di malattie insorte, diagnosticate o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto dalla Garanzia Prevenzione Oncologica; le cure per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni; l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure a carattere sperimentale.
  - **SPESE SANITARIE - GRANDI INTERVENTI E MALATTIE GRAVI:** le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura.
  - **SPESE SANITARIE - ODONTOIATRIA:** 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).

- **ASSISTENZA:** Prestazioni di Assistenza non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà; aiuto in alternativa, nemmeno a titolo di compensazione con quanto non goduto, se l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisce o usufruisce solo parzialmente delle Prestazioni di Assistenza.



### Dove vale la copertura?

- ✓ **SPESE SANITARIE:** La copertura vale nel mondo intero.
- ✓ **ASSISTENZA:** Le prestazioni di consulenza e assistenza sono erogate in Italia



### 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. Laddove specificatamente richiesto, la garanzia è prestata sulla base delle dichiarazioni sottoscritte dall'Assicurato rese tramite l'Allegato Requisiti di assicurabilità. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 C.C. Il Contraente e l'Assicurato, prima della sottoscrizione devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate in Polizza.



### Quando e come devo pagare?

La periodicità di pagamento del Premio è annuale. Il Premio deve essere pagato alla consegna della Polizza ed è comprensivo di imposte. Previo accordo di UniSalute il Premio annuo può essere frazionato in rate mensili con addebito diretto su conto corrente tramite procedura automatica. In alternativa il Premio annuo può essere frazionato in rate trimestrali, quadrimestrali e semestrali oppure può essere corrisposto in un'unica soluzione al momento della stipulazione e successivamente ad ogni scadenza annuale. L'eventuale frazionamento è indicato in Polizza. Sono concedibili sconti di Premio in relazione alla durata del contratto, al numero di teste assicurate e al numero di pacchetti acquistati. Se il contratto è stipulato con durata poliennale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha la durata indicata in Polizza. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di UniSalute al pagamento dei Premi scaduti. L'Assicurazione termina alla scadenza indicata in Polizza. Il contratto viene offerto con tacito rinnovo e in tal caso in assenza di disdetta si rinnova per un anno - e così successivamente - o senza tacito rinnovo, e in tal caso il contratto cessa automaticamente alla sua scadenza. Inoltre se è pattuito il tacito rinnovo e la Società comunica eventuali modifiche tariffarie intervenute, il mancato pagamento del premio comporta che il contratto si intende cessato per disdetta alla data di scadenza.



### Come posso disdire la polizza?

In caso di Sinistro non puoi recedere dal contratto. Resta fermo quanto previsto dalla normativa in merito alle dichiarazioni inesatte o reticenti rilasciate in sede di conclusione del contratto.

Se il contratto è stato stipulato con durata poliennale, hai facoltà di recedere solo se il contratto ha durata superiore a cinque anni dopo i primi cinque anni di durata contrattuale, senza oneri e con preavviso di trenta giorni. Se la durata è uguale o inferiore, non potrai recedere in anticipo dal contratto e dovrai attendere la naturale scadenza.

# Assicurazione 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 360°

Data: 01/10/2022 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

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

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

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

Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) – indirizzo di posta elettronica [unisalute@pec.unipol.it](mailto:unisalute@pec.unipol.it) o [info@unisalute.it](mailto: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](http://www.unisalute.it), ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2021, è pari ad € 90,98 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 30,36 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 207,05 milioni e ad € 204,87 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2021, pari a 2,28 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

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

**Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?**

## OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

### Odontoiatriche

Esclusivamente in Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute indicati dalla Centrale Operativa previa prenotazione, si provvede al pagamento delle spese sostenute per:

- cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia;
- spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribassamento di protesi dentarie;
- prestazioni ortodontiche.



## Che cosa NON è assicurato?

<b>Rischi esclusi</b>	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

Per la Garanzia base della Sezione SPESE SANITARIE- GRANDI INTERVENTI E GRAVI MALATTIE, relativamente al Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie, è prevista l'applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo di € 1.000,00 e massimo di € 6.000,00 in caso di utilizzo di Equipe non convenzionata in un Centro Convenzionato e in caso di Centro ed Equipe medica/Personale non convenzionati.

Per la Sezione SPESE SANITARIE- PREVENZIONE, sono previste le seguenti esclusioni di garanzia:

- le conseguenze dirette di infortuni e di malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto dalle Garanzie Prevenzione ematochimica e Visite Specialistiche;
- 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;
- 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;
- 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, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure a carattere sperimentale;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici quando non siano rese necessarie da Infortunio documentato;
- 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;
- le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
- le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

Per la Sezione SPESE SANITARIE- GRANDI INTERVENTI E GRAVI MALATTIE, sono previste le seguenti esclusioni di garanzia:

- le conseguenze dirette di infortuni e di malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto;
- le cure per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, 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, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure a carattere sperimentale;
- 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;
- le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
- le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.


Per la Sezione SPESE SANITARIE- ODONTOIATRIA, sono previste le seguenti esclusioni di garanzia:


- le cure per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;
- 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 derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- 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.





## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<b>Cosa fare in caso di sinistro?</b>	<p><b>Denuncia di sinistro:</b> Entro 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto, è possibile richiedere rimborso alla Società.</p> <p><b>Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata</b> Quando il Contraente di Polizza è una persona fisica, l'Assicurato, per il tramite del Contraente, deve preventivamente chiedere la prenotazione delle prestazioni utilizzando l'APP "UniSalute Up" scaricabile direttamente su App Store e Play Store. In alternativa all'utilizzo dell'APP e in ogni caso per le prestazioni non gestibili tramite APP l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa specificando la prestazione richiesta.</p> <p><b>Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica non Convenzionata</b> L'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa.</p> <p><b>Prestazioni in Centri Sanitari non Convenzionati o prestazioni a rimborso</b> L'Assicurato, per ottenere il rimborso, secondo le modalità indicate nelle rispettive Sezioni Spese Sanitarie può rivolgersi direttamente all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza, direttamente a UniSalute oppure seguire quanto indicato all'interno dell'Area Clienti del sito <a href="http://www.unisalute.it">www.unisalute.it</a>.</p> <p><b>Servizi di post-ospedalizzazione</b> L'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa.</p> <p><b>Second Opinion</b> 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.</p> <p><b>Tariffe Agevolate:</b> Per utilizzare il servizio è necessario collegarsi al sito <a href="http://www.si-salute.it">www.si-salute.it</a> oppure contattare gli operatori SiSalute al numero 051 3542003.</p> <p><b>Assistenza:</b> l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute e specificare la prestazione richiesta.</p> <p><b>Assistenza diretta/in convenzione:</b> il contratto prevede l'utilizzo da parte dell'Assicurato di Centri sanitari convenzionati, con Pagamento diretto delle spese da parte di UniSalute; in caso di utilizzo di Centri sanitari non convenzionati UniSalute rimborserà le spese sostenute all'Assicurato, entro i limiti contrattualmente previsti.</p> <p><b>Gestione da parte di altre imprese:</b> La gestione del servizio Tariffe Agevolate è affidata a SiSalute.</p> <p><b>Prescrizione:</b> 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>
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI
<b>Obblighi dell'impresa</b>	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.

 <b>Quando e come devo pagare?</b>	
<b>Premio</b>	Il Premio viene determinato in base alla provincia in cui l'Assicurato risiede e alla sua età e viene adeguato annualmente in funzione dell'aumentata età dell'Assicurato.
<b>Rimborso</b>	Non sono previste ipotesi di rimborso del premio a favore del Contraente.

 <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>	
<b>Durata</b>	<p>La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- giorno di effetto della polizza per gli Infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto;</li> <li>- trentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per le Malattie insorte dopo la stipulazione del contratto;</li> <li>- trentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per le garanzie Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero e Prestazioni odontoiatriche previste dalla sezione Spese Sanitarie - Odontoiatria;</li> <li>- centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per la garanzia Indennità per la convalescenza a seguito di Ricovero in Istituto di Cura per Tumore Maligno prevista dalla Sezione Spese Sanitarie - Oncologia.</li> </ul>
<b>Sospensione</b>	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

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

 <b>A chi è rivolto questo prodotto?</b>	
<p>Il presente prodotto è rivolto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- persone fisiche, inclusi i nuclei familiari dei contraenti, che intendano tutelarsi per accertamenti di alta diagnostica, per la prevenzione, accertamenti diagnostici in caso di malattia o infortunio, indennità in caso di Tumore Maligno e Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Malattie;</li> <li>- persone giuridiche che intendano tutelare soggetti identificati per accertamenti di alta diagnostica e l'esecuzione di prestazioni di prevenzione in caso di malattia o infortunio.</li> </ul> <p>In entrambi i casi è presente l'esigenza principale di protezione contro i rischi malattia/infortuni e l'ottenimento di prestazioni di assistenza.</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?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	<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: <b>UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail <a href="mailto:reclami@unisalute.it">reclami@unisalute.it</a></b> oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito <a href="http://www.unisalute.it">www.unisalute.it</a>.</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>
<b>All'IVASS</b>	<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: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> . Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a></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"><li>a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;</li><li>b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</li><li>c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;</li><li>d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;</li><li>e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</li></ul>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (<i>indicare quando obbligatori</i>):</b>	
<b>Mediazione</b>	<p>Interpellando tramite un avvocato di fiducia un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a>. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.</p>
<b>Negoziazione assistita</b>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).</p>
	<p>- Arbitrato irrituale: ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica</p>

<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<p>possono essere demandate a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.</p> <p>- Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet <a href="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">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</a> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.</p>
--	---

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

# UNISALUTE 360°

Contratto di assicurazione sanitaria

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

**COMPRESIVE DI GLOSSARIO**

Modello SI / 01267 / 000 / 00000 / H - Ed. 01 / 10 / 2022

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



## INDICE




GLOSSARIO .....	1
Art. 1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE .....	4
Art. 1.1 - Effetto dell'assicurazione .....	4
Art. 1.2 - Periodi di Carenza contrattuali .....	4
Art. 1.3 - Durata del contratto e sconto per poliennalità .....	4
Art. 1.4 - Proroga del contratto, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza .....	5
Art. 1.5 - Recesso in caso di Sinistro .....	5
QUANDO E COME DEVO PAGARE .....	5
Art. 1.6 - Pagamento del Premio .....	5
Art. 1.7 - Frazionamento del Premio .....	6
Art. 1.8 - Pagamento frazionato del Premio tramite servizio S.D.D. (operante se indicato in Polizza il frazionamento mensile) .....	6
Art. 1.9 - Criteri per la determinazione del Premio e suo adeguamento .....	7
CHE OBBLIGHI HO .....	8
Art. 1.10 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio .....	8
Art. 1.11 - Aggravamento e diminuzione del Rischio .....	8
ALTRE NORME .....	8
Art. 1.12 - Modifiche dell'Assicurazione e variazione delle persone assicurate .....	8
Art. 1.13 - Forma delle comunicazioni .....	8
Art. 1.14 - Altre assicurazioni .....	8
Art. 1.15 - Foro competente .....	9
Art. 1.16 - Rinvio alle norme di legge .....	9
Art. 1.17 - Operazioni societarie straordinarie .....	9
Art. 1.18 - Legislazione applicabile .....	9
Art. 1.19 - Regime Fiscale .....	9
Art. 1.20 - Reclami .....	9
Art. 2. SEZIONE SPESE SANITARIE - PREVENZIONE .....	11
COSA ASSICURA .....	11
Art. 2.1 - Garanzia Base .....	11
Art. 2.1.1 - Prevenzione ematochimica .....	12

Art. 2.1.2 - Visite specialistiche e Accertamenti Diagnostici post-prevenzione ematochimica.....	12
Art. 2.1.3 - Alta Specializzazione.....	13
Art. 2.1.4 - Visite Specialistiche .....	13
COSA NON ASSICURA.....	14
Art. 2.2 - Esclusioni .....	14
Art. 2.3 - Requisiti di assicurabilità .....	14
Art. 2.4 - Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione.....	15
COME ASSICURA.....	15
Art. 2.5 - Validità territoriale .....	15
Art. 2.6 - Modalità di erogazione delle prestazioni .....	15
TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI .....	16
Art. 3. SEZIONE SPESE SANITARIE – ONCOLOGIA .....	17
COSA ASSICURA .....	17
Art. 3.1 - Garanzia base.....	17
Art. 3.1.1 - Prevenzione Oncologica .....	17
Art. 3.1.2 - Alta Specializzazione.....	18
Art. 3.1.3 - Indennità per la convalescenza a seguito di Ricovero in Istituto di Cura per Tumore Maligno.....	19
Art. 3.1.4 - Cure oncologiche extra ricovero.....	20
Art. 3.1.5 - Second Opinion .....	20
Art. 3.1.6 - Counseling psicologico .....	21
COSA NON ASSICURA.....	21
Art. 3.2 - Esclusioni .....	21
Art. 3.3 - Requisiti di assicurabilità .....	21
Art. 3.4 - Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione.....	22
COME ASSICURA.....	22
Art. 3.5 - Validità territoriale .....	22
Art. 3.6 - Modalità di erogazione delle prestazioni.....	22
TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI .....	23
Art. 4. SEZIONE SPESE SANITARIE - GRANDI INTERVENTI E GRAVI MALATTIE.....	24
COSA ASSICURA .....	24
Art. 4.1 - Garanzia base.....	24
Art. 4.1.1 - Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie .....	24
Art. 4.1.2 - Alta Specializzazione.....	25

Art. 4.1.3 - Second Opinion .....	26
Art. 4.1.4 - Servizi di post-ospedalizzazione .....	27
COSA NON ASSICURA.....	27
Art. 4.2 - Esclusioni .....	27
Art. 4.3 - Requisiti di assicurabilità .....	28
Art. 4.4 - Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione .....	28
COME ASSICURA.....	28
Art. 4.5 - Validità territoriale .....	28
Art. 4.6 - Modalità di erogazione delle prestazioni.....	29
TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI .....	30
Art. 5. SEZIONE SPESE SANITARIE - ODONTOIATRIA.....	31
COSA ASSICURA .....	31
Art. 5.1 - Garanzia base.....	31
Art. 5.1.1 - Prevenzione Odontoiatrica.....	31
Art. 5.1.2 - Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero .....	31
Art. 5.1.3 - Prestazioni odontoiatriche da Infortunio.....	32
Art. 5.1.4 - Prestazioni odontoiatriche da infortunio per circolazione stradale .....	32
COSA NON ASSICURA.....	32
Art. 5.2 - Esclusioni .....	32
Art. 5.3 Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione .....	33
COME PERSONALIZZARE .....	34
Art. 5.4 - Garanzia Supplementare (a pagamento).....	34
Art. 5.4.1 - Prestazioni odontoiatriche .....	34
COME ASSICURA.....	34
Art. 5.5 - Validità territoriale .....	34
Art. 5.6 - Modalità di erogazione delle prestazioni.....	34
TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI .....	35
Art. 6. SEZIONE ASSISTENZA.....	36
COSA ASSICURA .....	36
Art. 6.1 - Garanzia base.....	36
Art. 6.2 - Tariffe Agevolate .....	37
COSA NON ASSICURA.....	38
Art. 6.3 - Esclusioni .....	38

COME ASSICURA.....	38
Art. 6.5 - Pagamento delle Prestazioni .....	38
Art. 6.6 - Validità territoriale .....	38
TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI .....	39
Art. 7. NORME CHE REGOLANO I SINISTRI.....	40
NORME PER TUTTE LE SEZIONI SPESE SANITARIE.....	40
Art. 7.1 - Denuncia del Sinistro.....	40
Art. 7.2 - Modalità di utilizzo della copertura .....	40
Art. 7.3 - Area territoriale scoperta .....	43
Art. 7.4 - Ospedalizzazione domiciliare .....	43
Art. 7.5 - Second Opinion .....	43
Art. 7.6 - Gestione dei documenti di spesa.....	43
Art. 7.7 - Obbligo di restituzione delle somme indebitamente ricevute .....	44
NORME PER LA SEZIONE ASSISTENZA .....	44
Art. 7.8 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro .....	44
Art. 7.9 - Modalità per richiedere le Prestazioni di Assistenza.....	44
NORME VALIDE PER TUTTE LE SEZIONI .....	45
Art. 7.10 - Diritto di verifica.....	45
Art. 7.11 - Controversie e Arbitrato irrituale .....	45
Art. 7.12 - Pagamento del sinistro.....	45
NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA .....	46
ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI .....	49
INFORMATIVA PRIVACY.....	51

*Che cosa sono i box di consultazione?*

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

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

## GLOSSARIO

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

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

**Allegato Requisiti di assicurabilità:** documento stampato contestualmente alla Polizza che deve essere sottoscritto dall'Assicurato o, in caso di minore, da chi ne esercita la potestà genitoriale. L'Allegato Requisiti di assicurabilità fa parte integrante del contratto di Assicurazione ed è sulla base delle dichiarazioni in esso riportate che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.

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

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

**Assicurato:** soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

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

**Assistenza:** l'assicurazione rientrante nel ramo 18 di cui all'Art. 2, comma 3, del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che consiste nell'offrire all'Assicurato una prestazione di immediato aiuto al seguito del verificarsi di un evento fortuito, entro i limiti convenuti nel contratto.

**Centrale Operativa:** la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, festivi esclusi. La Centrale Operativa 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.

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

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

**Cure a carattere sperimentale:** terapie/procedure ancora in fase di studio il cui scopo è quello di conoscerne l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità.

**Difetto Fisico:** deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Documentazione Sanitaria:** cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

**Emergenza:** una situazione patologica insorta improvvisamente, per Malattia o Infortunio che richieda, nello stesso luogo in cui si è manifestata, una assistenza medica o chirurgica non differibile con ricorso a un Pronto Soccorso ospedaliero, seguito o meno da ospedalizzazione.



**Equipe Medica Convenzionata:** medici che assistono l'Assicurato durante il Ricovero e/o medici e paramedici partecipanti all'Intervento Chirurgico, convenzionati con la Società o con altre Società specializzate del Gruppo Unipol che, previa richiesta ed autorizzazione ricevuta dalla Società, forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla stessa, in nome e per conto dell'Assicurato.

**Franchigia:** la parte del danno, espressa in cifra fissa, che per ogni Sinistro 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 riportati nell'Allegato A alle Condizioni di Assicurazione.

**Gravi Malattie:**

- Tumore maligno
- Ictus
- Infarto miocardico acuto

Le definizioni delle Malattie sopra indicate sono riportate nelle singole voci del presente Glossario.

**Ictus:** inteso come emorragia o infarto cerebrale dall'esordio improvviso;

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

**Infarto miocardico acuto:** inteso come sindrome coronarica acuta che causa la morte o la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco.

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

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

**Istituto di Cura:** ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzati 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.

**Lettera di Impegno (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche):** documento con cui l'Assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a fornire alla Società dichiarazione liberatoria in materia di Privacy.

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

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

**Massimale:** la somma indicata in Polizza che rappresenta il limite massimo di Indennizzo/Rimborso in caso di Sinistro.

**Medicina non convenzionale:** insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute della Medicina Ufficiale o Accademica.

**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 terapeutico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche):** documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di

effettuare. Tale documento deve essere comunicato alla Società per rendere possibile la successiva “presa in carico”. Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova presa in carico da parte della Società.

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

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

**Retta di Degenza:** trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

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

**Rischio:** probabilità che si verifichi un Sinistro.

**Scheda anamnestica (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche):** documento redatto dal dentista, in collaborazione con l’Assicurato, che descrive lo stato dell’apparato masticatorio dell’Assicurato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

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

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

**SiSalute:** marchio di UniSalute Servizi S.r.l. società interamente controllata da UniSalute S.p.A., con sede in Via Larga 8 - 40138 Bologna, a cui è affidata la gestione del servizio Tariffe Agevolate

**Società:** l’Impresa assicuratrice UniSalute S.p.A.

**Somma assicurata:** la somma indicata in Polizza che per ogni garanzia viene utilizzata per il calcolo dell’Indennizzo/Rimborso.

**Struttura Organizzativa:** è la struttura di UniSalute attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all’anno costituita da operatori e personale specializzato che eroga, con costi a carico della Società, le Prestazioni previste dalla Sezione Assistenza.

**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.

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

**Tumore maligno:** le neoplasie sia solide che liquide comportanti la crescita, invasione e diffusione incontrollata in organi o tessuti sani da parte di cellule con caratteristiche di malignità. Sono espressamente esclusi i tumori risultanti “in situ” ed i tumori della pelle.

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

## Art. 1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

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

### QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

#### Art. 1.1 - Effetto dell'assicurazione

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

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

#### Art. 1.2 - Periodi di Carenza contrattuali

Fatto salvo quanto previsto all'art. 1.1, Decorrenza dell'Assicurazione, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del:

- giorno di effetto della polizza per gli Infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto;
- trentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per le Malattie insorte dopo la stipulazione del contratto;
- trentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per le garanzie Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero e Prestazioni odontoiatriche previste dalla sezione Spese Sanitarie - Odontoiatria;
- centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per la garanzia Indennità per la convalescenza a seguito di Ricovero in Istituto di Cura per Tumore Maligno prevista dalla Sezione Spese Sanitarie - Oncologia.

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

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

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

#### Art. 1.3 - Durata del contratto e sconto per poliennalità<sup>1</sup>

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

Se l'Assicurazione è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 anni) il Premio, per ciascuna Annualità Assicurativa, viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata in Polizza. Il Premio esposto in Polizza è già comprensivo della suddetta riduzione. A seguito dell'adeguamento automatico di cui all'art. 1.8 - Criteri per la determinazione del Premio e suo adeguamento, anche l'importo della riduzione varierà di conseguenza.

<sup>1</sup> *Quale durata può avere l'Assicurazione?*



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

## Art. 1.4 - Proroga del contratto, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza <sup>2</sup>

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

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

Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza.

Quando è concordata la non rinnovabilità, il contratto cessa alla scadenza contrattuale, senza obbligo di disdetta.

## Art. 1.5 - Recesso in caso di Sinistro

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

### QUANDO E COME DEVO PAGARE

## Art. 1.6 - Pagamento del Premio <sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza o prosegue?



Dipende da cosa è stato pattuito al momento della conclusione del contratto. Se il contratto è stato concluso "senza tacita proroga" la copertura assicurativa cesserà di avere efficacia alla scadenza indicata senza bisogno di alcuna comunicazione tra le parti; ciò significa però che il Cliente dovrà prestare molta attenzione al fatto che alla scadenza si troverà privo di copertura. Se invece l'Assicurazione è stata stipulata "con tacita proroga" la copertura prosegue alla scadenza per un ulteriore Anno e così successivamente, fino a quando il Cliente o la Società non decideranno di dare disdetta con preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla scadenza.

In caso di stipula "con tacita proroga", inoltre, a seguito di variazioni tariffarie dei Rischi assicurati la Società può proporre al Cliente - comunicandoglielo almeno 30 giorni prima della scadenza - un nuovo Premio: se il Cliente non accetta è sufficiente che non paghi il nuovo Premio e il contratto risulterà cessato alla scadenza.

<sup>3</sup> Cos'è e come si calcola il Premio?

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

## Art. 1.7 - Frazionamento del Premio <sup>4</sup>

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

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

## Art. 1.8 - Pagamento frazionato del Premio tramite servizio S.D.D. (operante se indicato in Polizza il frazionamento mensile)

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

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

<sup>4</sup> Quando deve essere pagato il Premio?

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

4. In caso di revoca del servizio di addebito S.D.D. disposta dal Contraente, la Società invierà allo stesso, con le modalità indicate al punto 4 della lettera a), il seguente messaggio: «Seguito revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio da lei disposta per la pol n xxx/xxxxxxxx, le garanzie prestate in pol sono sospese. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento del Premio a decorrere da GG/mm/AAAA. UniSalute».
5. In ogni ipotesi di revoca o di modifica del servizio di addebito S.D.D., il Contraente dovrà provvedere al pagamento delle rate di Premio dovute presso l'Agenzia e dovrà concordare con la stessa una diversa modalità di pagamento optando fra quelle previste dalla normativa vigente e attivate presso l'Agenzia. A tale proposito si precisa che il beneficio del frazionamento mensile del Premio è concesso dalla Società solo nel caso di pagamento tramite addebito S.D.D..

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

#### Art. 1.9 - Criteri per la determinazione del Premio e suo adeguamento

Il Premio viene determinato in base alla provincia in cui l'Assicurato risiede e alla sua età. Il Premio viene adeguato annualmente in funzione dell'aumentata età dell'Assicurato secondo la seguente regola:

Tabella degli incrementi di Premio delle sezioni Spese Sanitarie						
Fasce di età (in anni)	Prevenzione	Oncologia			Grandi Interventi e Gravi Malattie	Odontoiatria Garanzia Base*
		Indennità 10.000	Indennità 20.000	Indennità 30.000		
0-19	0%	0%	0%	0%	0%	0%
19-20	2,55%	1,80%	2,10%	2,50%	14,00%	18,75%
20-29	2,55%	1,80%	2,10%	2,50%	3,00%	0%
29-39	2,55%	2,40%	2,80%	3,30%	3,00%	0%
39-49	2,55%	3,10%	3,90%	4,60%	3,00%	0%
49-59	2,55%	4,70%	5,60%	6,40%	3,00%	0%
59-65	2,55%	5,90%	6,90%	7,60%	3,00%	0%
da 66	2,55%	1,00%**	1,00%**	1,00%**	3,00%	0%

\* La garanzia supplementare prevista dalla sezione Spese Sanitarie - Odontoiatria (art. 5.4.1, Prestazioni odontoiatriche), non prevede adeguamenti di Premio in relazione all'età dell'assicurato.

\*\* Le indennità di 10.000, 20.000 e 30.000 euro si intendono limitate rispettivamente a 4.000, 8.000 e 12.000 euro

## **CHE OBBLIGHI HO**

### **Art. 1.10 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio**

La Società presta la copertura assicurativa sulla base delle circostanze del Rischio dichiarate dal Contraente e/o dall'Assicurato al momento della stipula del contratto. Laddove specificatamente richiesto, la copertura assicurativa viene prestata sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato tramite l'Allegato Requisiti di assicurabilità.

Se la dichiarazione non è corretta, in quanto caratterizzata da informazioni errate o incomplete, la Società può essere indotta a sottovalutare il Rischio che, diversamente, avrebbe giudicato non assicurabile o assicurabile a condizioni di Premio più alte. In questo caso, se il Contraente e/o l'Assicurato rilascia tali dichiarazioni erronee o incomplete con coscienza e volontà - o se lo fa anche solo con colpa grave - la Società può rifiutare il pagamento del Sinistro e chiedere l'annullamento del contratto.

Se invece il Contraente e/o l'Assicurato ha agito senza dolo o colpa grave, la Società può pagare il Sinistro riducendolo in proporzione al minor Premio percepito e può recedere dal contratto (ad esempio, se la Società ha percepito il 50% del Premio che avrebbe chiesto valutando correttamente il Rischio, liquiderà solo il 50% dell'importo del Sinistro).

### **Art. 1.11 - Aggravamento e diminuzione del Rischio**

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società in caso di variazione della provincia di residenza in quanto tale elemento può incidere sulla valutazione del Rischio, comportando un aumento o una diminuzione del Premio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi delle disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile.

Nel caso in cui il trasferimento di residenza comporti una diminuzione del Rischio, se il Contraente o l'Assicurato comunicano tale circostanza, la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, ai sensi delle disposizioni dell'art. 1897 del Codice Civile.

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

## **ALTRE NORME**

### **Art. 1.12 - Modifiche dell'Assicurazione e variazione delle persone assicurate**

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto. In caso di variazioni del numero e delle generalità delle persone assicurate nel periodo di validità del contratto, qualora sussistano le condizioni previste dall'Allegato Requisiti di assicurabilità si dovrà provvedere alla sostituzione del contratto.

### **Art. 1.13 - Forma delle comunicazioni**

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

### **Art. 1.14 - Altre assicurazioni**

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

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

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre Assicurazioni per lo stesso Rischio nei casi di:

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

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

#### **Art. 1.15 - Foro competente**

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

#### **Art. 1.16 - Rinvio alle norme di legge**

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

#### **Art. 1.17 - Operazioni societarie straordinarie**

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

#### **Art. 1.18 - Legislazione applicabile**

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

#### **Art. 1.19 - Regime Fiscale**

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

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

#### **Art. 1.20 - 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](mailto:reclami@unisalute.it).

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito [www.unisalute.it](http://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](http://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](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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

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

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

## Art. 2. SEZIONE SPESE SANITARIE - PREVENZIONE

### COSA ASSICURA


#### Art. 2.1 - Garanzia Base <sup>5</sup>

La Società si obbliga a indennizzare l'Assicurato sulla base delle dichiarazioni dallo stesso rese e sottoscritte nell'Allegato Requisiti di assicurabilità, in caso di Malattia o di Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, le spese sostenute dall'Assicurato relative alle prestazioni di seguito elencate:

- Prevenzione ematochimica;
- Visite specialistiche e accertamenti diagnostici post-prevenzione ematochimica;
- Alta specializzazione;
- Visite Specialistiche.

Tali prestazioni saranno operanti solo se indicate in Polizza.

---

<sup>5</sup> Per poter usufruire della copertura assicurativa devo necessariamente rivolgermi presso un Centro Sanitario Convenzionato con UniSalute? 

Dipende dalla tipologia di prestazione. Per l'Alta Specializzazione la copertura assicurativa opera sia per le prestazioni effettuate presso Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute che presso Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, variando nelle modalità di liquidazione del Sinistro (pagamento diretto da parte della Società o a rimborso all'Assicurato) e nell'applicazione di Franchigie. Per tutte le altre prestazioni la copertura assicurativa deve avvenire necessariamente presso un Centro Sanitario Convenzionato con UniSalute.

### Art. 2.1.1 - Prevenzione ematochimica <sup>6</sup>

La Società, esclusivamente in caso di utilizzo, previa prenotazione, di un Centro Sanitario Convenzionato, provvede al pagamento di qualsiasi esame ematochimico ed analisi di laboratorio effettuati fino al raggiungimento di € 150,00 per Assicurato e Annualità Assicurativa.

Le prestazioni sopra indicate potranno essere effettuate una sola volta per Assicurato e Annualità Assicurativa e in un'unica soluzione.

La garanzia è operante anche in assenza di Malattia o Infortunio.

Resta inteso che per poter usufruire della prestazione, nel momento di accesso al Centro Sanitario Convenzionato, l'Assicurato dovrà fornire l'elenco dettagliato degli esami ed analisi che intende effettuare. In alternativa, l'Assicurato potrà scegliere facoltativamente di usufruire di un pacchetto predefinito di prestazioni messo a disposizione da UniSalute.

### Art. 2.1.2 - Visite specialistiche e Accertamenti Diagnostici post-prevenzione ematochimica

La Società, esclusivamente in caso di utilizzo previa prenotazione di un Centro Sanitario Convenzionato<sup>7</sup>, provvede al pagamento delle spese sostenute per visite specialistiche e Accertamenti Diagnostici resi necessari dagli esiti degli esami previsti dalla prestazione di cui all'Art. 2.1.1 - Prevenzione ematochimica.

Per l'attivazione della presente prestazione è indispensabile la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o l'indicazione della Malattia che l'ha resa necessaria.

La presente prestazione è garantita fino al raggiungimento di € 250,00 per Assicurato e per Annualità Assicurativa.

<sup>6</sup> Come utilizzare la prestazione di prevenzione ematochimica?



A) È necessario che io abbia sofferto o soffra tuttora di una patologia?

No, l'utilizzo della prestazione di prevenzione ematochimica non è collegato all'esistenza di una qualsiasi patologia - o anche solo di una sua predisposizione - essendo finalizzato proprio ad evitare l'insorgenza di stati patologici.

B) Quali prestazioni posso effettuare?

Si può effettuare qualsiasi tipo di prestazione prevista dal Centro Sanitario Convenzionato – in alternativa, l'Assicurato potrà facoltativamente usufruire di un pacchetto predefinito di prestazioni, messo a disposizione da UniSalute, che prevede:

**ast (got) - aspartato aminotransferasi;**  
**alanina aminotransferasi (alt/gpt) /transaminasi (s);**  
**colesterolo totale;**  
**creatinina;**  
**colesterolo hdl;**  
**ptt (tempo di tromboplastina parziale);**  
**tempo di protrombina/pt (tempo di quick);**  
**urea/azotemia (s);**  
**ggt (gamma gt) - gamma glutamil transpeptidasi;**  
**glicemia/glucosio (s);**  
**trigliceridi;**  
**esame urine completo (chimico-fisico-microscopico);**  
**emocromo;**  
**ves - velocità di sedimentazione delle emazie.**

<sup>7</sup> Come faccio a sapere quali sono Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute?



Per conoscere l'elenco delle strutture Convenzionate e dei medici convenzionati è sufficiente consultare il sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it).

### Art. 2.1.3 - Alta Specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese extraospedaliere, conseguenti a Malattia (presunta o accertata) o Infortunio avvenuti durante l'operatività del contratto, in relazione alle seguenti prestazioni:

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/ Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- 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

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

Per l'attivazione della presente prestazione è necessaria la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o l'indicazione della Malattia/Infortunio che l'ha resa necessaria.

La prestazione può essere effettuata esclusivamente presso un Centro Sanitario Convenzionato, previa prenotazione, o avvalendosi di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionata con esso.

La presente prestazione è garantita fino al raggiungimento di € 2.000,00 per Assicurato e Annualità Assicurativa.

### Art. 2.1.4 - Visite Specialistiche

La Società, esclusivamente in caso di utilizzo previa prenotazione di un Centro Sanitario Convenzionato, provvede al pagamento delle spese sostenute per:

- Visite specialistiche conseguenti a Malattia (presunta o accertata) o Infortunio avvenuti durante l'operatività della Polizza, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

La presente prestazione è garantita fino al raggiungimento di € 100,00 per Assicurato e annualità Assicurativa.

Per l'attivazione della presente prestazione è indispensabile la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o l'indicazione della Malattia/Infortunio che l'ha resa necessaria.

## COSA NON ASSICURA

### **Art. 2.2 - Esclusioni**

#### **L'Assicurazione non è operante per:**

- a) le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto fatta eccezione per gli Artt 2.1.1 - Prevenzione ematochimica e 2.1.4 - Visite Specialistiche;
- b) le cure per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;
- c) la cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- d) le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- e) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
- f) 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;
- g) le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- h) 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);
- i) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure a carattere sperimentale;
- j) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, quando non siano rese necessarie da Infortunio documentato;
- k) 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;
- l) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti o aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- m) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
- n) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

### **Art. 2.3 - Requisiti di assicurabilità**

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

- a) Tumori Maligni insorti nei 10 anni precedenti alla data di sottoscrizione della Polizza;
- b) Morbo di Alzheimer, Sclerosi Multipla, Morbo di Parkinson, Demenze Senili, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Corea di Huntington, Atrofia Multi Sistemica, Demenza a corpi di Lewy, Malattia del Motoneurone;
- c) Malattie croniche a carico del fegato e cirrosi epatica;
- d) Pancreatite acuta e cronica;
- e) Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 10 anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza;
- f) Insufficienza renale cronica, diabete mellito tipo 1, diabete mellito tipo 2 (solo se insulino dipendente);
- g) Angina pectoris, infarto insorto nei 10 anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza, malattie delle arterie coronariche, valvulopatie, cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica;
- h) Sieropositività all'HIV;
- i) Invalidità civile riconosciuta o in fase amministrativa di riconoscimento superiore al 60%;
- j) Trapianti di organi o arti;

- k) Alcolismo;
- l) Tossicodipendenza;

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

#### **Art. 2.4 - Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione**

Qualora in corso di contratto uno degli Assicurati raggiunga il limite di età di 75 anni, limitatamente a questa persona, le prestazioni previste da questa Sezione cessano alla scadenza annuale successiva al compimento di detta età.

### **COME ASSICURA**

#### **Art. 2.5 - Validità territoriale**

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

#### **Art. 2.6 - Modalità di erogazione delle prestazioni <sup>8</sup>**

La Società provvede ad erogare le prestazioni, nei limiti previsti in relazione a ciascuna di esse, con le modalità sotto indicate:

- Alta Specializzazione
  - a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati, paga le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato;
  - b) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.
- Prevenzione ematochimica, paga direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute.
- Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici post-prevenzione ematochimica, paga direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute.
- Visite Specialistiche, paga direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute.

---

<sup>8</sup> Come faccio a ricordarmi le delimitazioni e le modalità di liquidazione?



Per avere un quadro riassuntivo chiaro su delimitazioni e modalità liquidative nonché sulle Franchigie presenti, è sufficiente e consultare l'apposita tabella di sintesi che si trova al fondo della Sezione.

## TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Garanzia base	Limiti di Indennizzo	Franchigie	Modalità di Liquidazione
Alta Specializzazione	€ 2.000 per Assicurato e per Annualità Assicurativa.	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese. In strutture del SSN, rimborso dei ticket sanitari.
Prevenzione ematochimica	€ 150,00 una sola volta e in un'unica soluzione per Assicurato e per Annualità Assicurativa.	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici post-prevenzione ematochimica	€ 250 per Assicurato e per Annualità Assicurativa.	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese  Per la prestazione è necessaria la prescrizione medica.
Visite Specialistiche	€ 100 per Assicurato e per Annualità Assicurativa  Esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese

## Art. 3. SEZIONE SPESE SANITARIE – ONCOLOGIA

### COSA ASSICURA

#### Art. 3.1 - Garanzia base

La Società si obbliga a indennizzare l'Assicurato sulla base delle dichiarazioni dallo stesso rese e sottoscritte nell'Allegato Requisiti di assicurabilità, in caso di Malattia avvenuta durante l'operatività del contratto, delle spese sostenute e previste dalle prestazioni di seguito elencate:

- Prevenzione Oncologica;
- Alta specializzazione;
- Indennità per la convalescenza a seguito di Ricovero in Istituto di Cura per Tumore Maligno;
- Cure oncologiche extra Ricovero;
- Second Opinion;
- Counseling psicologico.

Tali prestazioni saranno operanti solo se indicate in Polizza.

#### Art. 3.1.1 - Prevenzione Oncologica<sup>9</sup>

La Società, esclusivamente in caso di utilizzo previa prenotazione di un Centro Sanitario Convenzionato provvede al pagamento - per Assicurato e per Annualità Assicurativa delle prestazioni previste da due pacchetti di prevenzione a scelta tra i seguenti:

- a) Pacchetto prevenzione Uomini
  - Visita specialistica urologica
  - PSA reflex
  - Ecografia vescico-prostatica sovra-pubica; per l'attivazione della garanzia è indispensabile la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la Malattia che ha reso necessaria la prestazione stessa
- b) Pacchetto prevenzione Donne
  - Visita specialistica senologica
  - Ecografia mammaria
  - Rx mammografia; per l'attivazione della garanzia è indispensabile la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la Malattia che ha reso necessaria la prestazione stessa
- c) Pacchetto prevenzione Dermatologica
  - Visita dermatologica e mappatura dei nevi
- d) Pacchetto prevenzione Patologie della tiroide
  - Visita specialistica endocrinologica
  - TSH reflex
  - Ecografia tiroidea; per l'attivazione della garanzia è indispensabile la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la Malattia che ha reso necessaria la prestazione stessa
- e) Pacchetto prevenzione Patologie dello stomaco
  - Visita specialistica gastroenterologica

<sup>9</sup> Per utilizzare la prestazione Prevenzione Oncologica è necessaria la prescrizione medica?



Laddove non specificatamente richiesto, è possibile usufruire della prestazione, previa prenotazione di un Centro sanitario convenzionato con UniSalute, anche in assenza della prescrizione medica.



- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
  - Gastrosopia; per l'attivazione della garanzia è indispensabile la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la Malattia che ha reso necessaria la prestazione stessa
- f) Pacchetto prevenzione Patologie del colon
- Visita specialistica proctologica;
  - Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
  - Colonscopia diagnostica; per l'attivazione della garanzia è indispensabile la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la Malattia che ha reso necessaria la prestazione stessa

Tutte le prestazioni sopra riportate possono essere utilizzate una sola volta e possono essere svolte anche in assenza di Malattia sospetta o accertata laddove non specificatamente indicato.

Nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative (per es. per l'asportazione di polipi intestinali), verrà garantita la copertura dell'endoscopia diagnostica mentre la differenza di importo relativa all'atto operatorio rimarrà a carico dell'Assicurato.

### Art. 3.1.2 - Alta Specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese extraospedaliere, conseguenti a Malattia (presunta o accertata) avvenuta durante l'operatività del contratto, per le seguenti prestazioni:

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

- |   |   |
|---|---|
| • Broncografia  | • Galattografia                               |
| • Cisternografia  | • Mielografia                                 |
| • Cistografia   | • Retinografia                                |
| • Cistouretrografia                                     | • Rx esofago con mezzo di contrasto           |
| • Clisma opaco  | • Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto |
| • Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP) | • Rx tenue e colon con mezzo di contrasto     |
| • Colangiografia percutanea (PTC)                       | • Scialografia                                |
| • Colangiografia trans Kehr                             | • Splenoportografia                           |
| • Colecistografia                                       | • Urografia                                   |
| • Dacriocistografia/ Dacriocistotac                     | • Wirsungrafia                                |
| • Fluorangiografia                                      |   |

#### Accertamenti

- |  |   |
|--|---|
| • Mammografia o Mammografia Digitale                     | • Scintigrafia                            |
| • PET  | • Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) |
| • Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN) |   |

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

La prestazione può essere effettuata esclusivamente utilizzando, previa prenotazione, un Centro Sanitario Convenzionato o avvalendosi di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionata con esso.

La presente prestazione è garantita fino al raggiungimento di € 1.000,00 per Assicurato e Annualità Assicurativa.

### Art. 3.1.3 - Indennità per la convalescenza a seguito di Ricovero in Istituto di Cura per Tumore Maligno

a) Per tutti gli Assicurati

La Società provvede a corrispondere, in base all'età dell'Assicurato, l'indennità per la convalescenza indicata in Polizza a seguito di Ricovero in Istituto di cura dell'Assicurato per Tumore Maligno.

La diagnosi dovrà essere confermata da referto istopatologico o citologico. L'Assicurato si impegna a mettere a disposizione della Società la cartella clinica comprensiva di anamnesi ed ogni altro documento necessario per determinare la data di insorgenza e di diagnosi del Tumore Maligno.

Successivamente all'erogazione della suddetta indennità, la prestazione resta operante esclusivamente per eventuali ulteriori Ricoveri in Istituto di cura per Tumore Maligno che non risulti secondario né tantomeno abbiano alcuna correlazione con il Tumore Maligno già indennizzato.

La presente prestazione può essere utilizzata una sola volta per Tumore Maligno, per Assicurato e Annualità Assicurativa.

b) Per gli Assicurati che hanno compiuto il 66 °anno di età

Ad integrazione di quanto previsto dal punto a), la Società, successivamente al Ricovero indennizzabile in Istituto di cura dell'Assicurato per Tumore Maligno, provvede a prestare le seguenti prestazioni:

- Servizi e prestazioni di post-ospedalizzazione

La Società, esclusivamente mediante l'utilizzo della rete convenzionata UniSalute, mette a disposizione dell'Assicurato servizi di post-ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni;

UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato - che deve attivare la prestazione con le modalità previste dal successivo art. 7.3 - secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

La presente prestazione è garantita fino al raggiungimento di € 5.000,00 per Annualità Assicurativa e per Assicurato.

- Video consulti per visite specialistiche

La Società, per un periodo di 360 giorni successivo alla data di dimissioni, offre la possibilità di ottenere video consulti per le prestazioni indicate di seguito al fine di poter dialogare a distanza con uno specialista convenzionato.

Viene garantito un confronto diretto con lo specialista in tutti i casi in cui non sia necessario un contatto fisico e nei casi in cui non sussista una situazione di difficoltà che richieda un aiuto immediato, ad esempio per condividere i risultati di esami o referti, avere risposte a dubbi e domande sulle terapie, dialogare con il medico per eventuali approfondimenti.

Per poter usufruire del servizio, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa per richiedere la prenotazione del video consulto.

Al fine dell'attivazione del servizio è necessario fornire un indirizzo email al quale la Struttura Convenzionata invierà il link a cui è possibile collegarsi per il video consulto, utilizzando il proprio computer o un dispositivo mobile, smartphone o tablet (consigliate le ultime versioni di Google Chrome o Mozilla Firefox).

Durante il video consulto è consigliabile tenere a portata di mano i seguenti documenti per poter eseguire eventualmente l'upload da condividere con il medico:

- un documento di riconoscimento (carta d'identità, passaporto);
- i referti in formato elettronico di esami precedenti riferibili alla medesima prestazione;
- l'eventuale prescrizione del medico curante relativa alla prestazione richiesta.

Elenco dei video consulti disponibili:

- ALLERGOLOGICO
- ANGIOLOGICO

- CARDIOLOGICO
- CHIRURGICO
- DERMATOLOGICO
- EMATOLOGICO
- ENDOCRINOLOGICO
- FISIATRICO
- GASTROENTEROLOGICO
- GINECOLOGICO
- NEFROLOGICO
- NEUROCHIRURGICO
- NEUROLOGICO
- NEUROPSICHIATRA INFANTILE
- OCULISTICO
- ORTOPEDICO
- OTORINOLARINGOIATRICO
- PEDIATRICO
- PNEUMOLOGICO
- REUMATOLOGICO
- SENOLOGICO
- UROLOGICO

#### **Art. 3.1.4 - Cure oncologiche extra ricovero**

La Società provvede al pagamento delle spese relative a chemioterapia e terapie radianti extraricovero nei casi di Tumore Maligno.

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

La prestazione può essere effettuata esclusivamente utilizzando previa prenotazione un Centro Sanitario Convenzionato o avvalendosi di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionata con esso.

La presente prestazione è garantita nei limiti del Massimale indicato in Polizza, per Assicurato e Annualità Assicurativa.

#### **Art. 3.1.5 - Second Opinion**

La Società garantisce all'Assicurato un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto in caso di Tumore Maligno.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa di UniSalute 800-009927 e attenendosi alle previsioni del successivo articolo 7.4, l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

La Società mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

- a) **Consulenza Internazionale:** UniSalute rilascerà all'Assicurato un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Teladoc Health International e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
- b) **Trova il Medico.** UniSalute, attraverso Teladoc Health International, metterà in contatto l'Assicurato con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Teladoc Health International ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.
- c) **Trova la Miglior Cura:** qualora l'Assicurato intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Teladoc Health International, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Assicurato laddove necessario. Teladoc Health International supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà

che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Teladoc Health International consentirà all'Assicurato di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare Unisalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Società 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 dalla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

### **Art. 3.1.6 - Counseling psicologico**

La Società, nel caso in cui l'Assicurato riceva una diagnosi di Tumore Maligno, offre un servizio di Counseling psicologico che consiste nella messa a disposizione di un Centro di Ascolto telefonico sempre attivo tramite il quale l'Assicurato ha la possibilità di telefonare e parlare con uno psicologo.

La prestazione può essere utilizzata fino a 180 giorni successivi alla diagnosi di Tumore Maligno.

## **COSA NON ASSICURA**

### **Art. 3.2 - Esclusioni**

L'Assicurazione non è operante per:

- a) le conseguenze dirette di Malattie insorte, diagnosticate o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto dall'Art. 3.1.1 - Prevenzione Oncologica;
- b) le cure per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;
- c) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
- d) l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure a carattere sperimentale.

### **Art. 3.3 - Requisiti di assicurabilità**

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

- a) Tumori Maligni insorti nei 10 anni precedenti alla data di sottoscrizione della Polizza;
- b) Morbo di Alzheimer, Sclerosi Multipla, Morbo di Parkinson, Demenze Senili, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Corea di Huntington, Atrofia Multi Sistemica, Demenza a corpi di Lewy, Malattia del Motoneurone;
- c) Malattie croniche a carico del fegato e cirrosi epatica;
- d) Pancreatite acuta e cronica;
- e) Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 10 anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza;
- f) Insufficienza renale cronica, diabete mellito tipo 1, diabete mellito tipo 2 (solo se insulino dipendente);
- g) Angina pectoris, infarto insorto nei 10 anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza, malattie delle arterie coronariche, valvulopatie, cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica;
- h) Sieropositività all'HIV;
- i) Invalidità civile riconosciuta o in fase amministrativa di riconoscimento superiore al 60%;
- j) Trapianti di organi o arti;
- k) Alcolismo;
- l) Tossicodipendenza;

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

### **Art. 3.4 - Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione**

Qualora in corso di contratto uno degli Assicurati raggiunga il limite di età di 75 anni, limitatamente a questa persona, le prestazioni previste da questa Sezione cessano alla scadenza annuale successiva al compimento di detta età.

## **COME ASSICURA**

### **Art. 3.5 - Validità territoriale**

L'assicurazione vale per il mondo intero.

### **Art. 3.6 - Modalità di erogazione delle prestazioni**

La Società provvede ad erogare le prestazioni, nei limiti previsti in relazione a ciascuna di esse, con le modalità sotto indicate:

- Prevenzione oncologica, pagare direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute.
  
- Alta Specializzazione
  - a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati, paga le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato;
  - b) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.
  
- Indennità per la convalescenza a seguito di Ricovero in Istituto di Cura per Tumore Maligno, indennizza direttamente l'Assicurato.
  
- Cure oncologiche
  - a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati, paga le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato;
  - b) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

## TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

Garanzia base	Limiti di Indennizzo	Franchigie	Modalità di Liquidazione
Prevenzione Oncologica	Due pacchetti per Assicurato e per Annualità Assicurativa	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese
Alta Specializzazione	€ 1.000 per Assicurato e per Annualità Assicurativa.	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese. In strutture del SSN, rimborso dei ticket sanitari.
Indennità per la convalescenza a seguito di Ricovero in Istituto di Cura per Tumore Maligno (Somma Assicurata indicata in Polizza)	per Assicurato e per Annualità Assicurativa.	-	-
Cure oncologiche extra ricovero (Massimale indicato in Polizza)	per Assicurato e per Annualità Assicurativa	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese. In strutture del SSN, rimborso dei ticket sanitari
Servizi di post-ospedalizzazione	€5.000 per Annualità Assicurativa e persona, massimo 120 giorni	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione
Video consulti per visite specialistiche	<u>Successivamente al Ricovero e fino a 360 giorni dalle dimissioni</u>	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione
Counseling psicologico	<u>Fino a 180 giorni successivi alla diagnosi di Tumore Maligno</u>	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione

## Art. 4. SEZIONE SPESE SANITARIE - GRANDI INTERVENTI E GRAVI MALATTIE

### COSA ASSICURA

#### Art. 4.1 - Garanzia base

La Società si obbliga a indennizzare l'Assicurato, sulla base delle dichiarazioni dallo stesso rese e sottoscritte nell'Allegato Requisiti di assicurabilità, in caso di Malattia e di Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto anche causato da colpa grave, le spese sostenute e previste dalle prestazioni di seguito elencate:

- Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie

Si intendono inoltre sempre operanti le seguenti prestazioni:

- Alta specializzazione
- Second Opinion
- Servizi di post-ospedalizzazione

Tutte le prestazioni sopra descritte saranno operanti solo se indicate in Polizza.

#### Art. 4.1.1 - Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie <sup>10</sup>

Nei casi di:

- a) Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie la Società provvede al pagamento entro il Massimale indicato in Polizza delle spese per le seguenti prestazioni:
- 1) Pre-ricovero: esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati;
  - 2) Intervento Chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultanti dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;
  - 3) Assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medicospecialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di Ricovero con Intervento Chirurgico;
  - 4) Rette di Degenza; non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
  - 5) Accompagnatore: retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura;
  - 6) Assistenza Infermieristica individuale durante il Ricovero;
  - 7) Post-ricovero: esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, 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 in Istituto di Cura o Day-Hospital, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura;

<sup>10</sup> Quali sono i Grandi Interventi Chirurgici oggetto della copertura assicurativa? 

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

- 8) Trasporto Sanitario: trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con un'unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di Cura, trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e rientro alla propria abitazione con il massimo di € 3.000,00 per Annualità Assicurativa e per Assicurato. La presente garanzia è prestata esclusivamente a rimborso, dietro presentazione dei giustificativi di spesa;
- 9) Trapianti: spese previste alla lettera a) Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie per trapianto di organi o di parte di essi, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Nel caso di donazione da persona vivente, la garanzia copre 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 e rette di degenza. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
- b) Protesi ed Ausili Ortopedici, la Società provvede al il rimborso delle spese sostenute nei 360 giorni successivi ad un Sinistro verificatosi durante il periodo di validità della garanzia, per l'acquisto, il noleggio, 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, tripod, plantari, ecc.
- c) Indennità sostitutiva, l'Assicurato qualora non usufruisca delle prestazioni previste ai punti 2), 3), 4), 5), 6), 8) e 9) del presente articolo lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie avrà diritto ad una indennità di € 150,00 per ogni giorno di Ricovero con un massimo di 100 giorni. La Società provvederà comunque al rimborso delle spese previste ai punti 1) Pre-Ricovero e 7) Post-Ricovero del suddetto articolo lettera a).
- L'Indennità sostitutiva non verrà corrisposta al donatore in caso di Trapianto e in caso di Day-Hospital.
- d) Rimpatrio della salma, la Società, in caso di decesso dell'Assicurato durante un Ricovero all'estero provvede al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma fino al raggiungimento di € 5.000,00 per Annualità Assicurativa e per Assicurato.

#### **Art. 4.1.2 - Alta Specializzazione**

La Società provvede al pagamento delle spese extraospedaliere, conseguenti a Malattia (presunta o accertata) o Infortunio avvenuti durante l'operatività del contratto, per le seguenti prestazioni:

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/ Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- 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
- Vesciculodeferentografia
- Video angiografia
- Wirsungrafia



## Accertamenti

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

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o l'indicazione della Malattia/Infortunio che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La prestazione può essere effettuata esclusivamente utilizzando, previa prenotazione, un Centro Sanitario Convenzionato o avvalendosi di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionata con esso.

La presente prestazione è garantita fino al raggiungimento di € 1.000,00 per Assicurato e Annualità Assicurativa.

### Art. 4.1.3 - Second Opinion

La Società garantisce all'Assicurato un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute 800-009927 e attenendosi alle previsioni del successivo articolo 7.4, l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

La Società mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

1. Consulenza Internazionale: UniSalute rilascerà all'Assicurato un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Teladoc Health International e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. Trova Il Medico: UniSalute, attraverso Teladoc Health International, metterà in contatto l'Assicurato con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Teladoc Health International ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.
3. Trova la Miglior Cura: qualora l'Assicurato intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Teladoc Health International, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Assicurato laddove necessario. Teladoc Health International supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Teladoc Health International consentirà all'Assicurato di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

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

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson

- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare Unisalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Società 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 dalla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

#### **Art. 4.1.4 - Servizi di post-ospedalizzazione**

La Società, esclusivamente mediante l'utilizzo della rete convenzionata UniSalute, mette a disposizione dell'Assicurato servizi di post-ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un Ricovero indennizzabile a termini di Polizza.

UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato - che deve attivare la prestazione con le modalità previste dal successivo art. 7.3 - secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

La presente prestazione è garantita fino al raggiungimento di € 5.000,00 per Annualità Assicurativa e per persona.

### **COSA NON ASSICURA**

#### **Art. 4.2 - Esclusioni**

L'Assicurazione non è operante per:

- le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto;
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; sono altresì escluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia);
- 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, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure a carattere sperimentale;

- l) 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;
- m) le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura;
- n) 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;
- o) 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
- p) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- q) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
- r) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

#### **Art. 4.3 - Requisiti di assicurabilità**

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

- a) Tumori maligni insorti nei 10 anni precedenti alla data di sottoscrizione della Polizza;
- b) Morbo di Alzheimer, Sclerosi Multipla, Morbo di Parkinson, Demenze Senili, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Corea di Huntington, Atrofia Multi Sistemica, Demenza a corpi di Lewy, Malattia del Motoneurone;
- c) Malattie croniche a carico del fegato e cirrosi epatica;
- d) Pancreatite acuta e cronica;
- e) Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 10 anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza;
- f) Insufficienza renale cronica, diabete mellito tipo 1, diabete mellito tipo 2 (solo se insulino dipendente);
- g) Angina pectoris, infarto insorto nei 10 anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza, malattie delle arterie coronariche, valvulopatie, cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica;
- h) Sieropositività all'HIV;
- i) Invalidità civile riconosciuta o in fase amministrativa di riconoscimento superiore al 60%;
- j) Trapianti di organi o arti;
- k) Alcolismo;
- l) Tossicodipendenza;

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

#### **Art. 4.4 - Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione**

Qualora in corso di contratto uno degli Assicurati raggiunga il limite di età di 75 anni, limitatamente a questa persona, le prestazioni previste da questa Sezione cessano alla scadenza annuale successiva al compimento di detta età.

### **COME ASSICURA**

#### **Art. 4.5 - Validità territoriale**

L'assicurazione vale per il mondo intero.

## Art. 4.6 - Modalità di erogazione delle prestazioni

La Società provvede ad erogare le prestazioni nei limiti e modalità sotto indicati:

- Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie
  - a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata:
    - paga direttamente al Centro Sanitario Convenzionato e all'Equipe Medica Convenzionata l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
    - rimborsa all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre ricovero e 7) Post ricovero dell'Art. 4.1.1 - Ricovero per Grande Intervento e Grave Evento Morboso, lettera a) Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie;
  - b) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con equipe medica non convenzionata:
    - paga direttamente al Centro Sanitario Convenzionato l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
    - rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo di € 1.000,00 ed un massimo di € 6.000,00 a carico dell'Assicurato;
    - rimborsa all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre ricovero e 7) Post ricovero dell'Art. 4.1.1 - Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie Morboso, lettera a) Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie;
  - c) nel caso di utilizzo di centri sanitari non convenzionati, rimborsa all'Assicurato le spese sostenute con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo di € 1.000,00 ed un massimo di € 6.000,00 a carico dell'Assicurato.
  - d) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso con esso in regime di intramoenia, rimborsa all'Assicurato le spese eccedenti riconosciute e sostenute in proprio;
  - e) nel caso di Emergenza, rimborsare all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio quando lo stesso debba ricorrere a centri sanitari non convenzionati con la Società;

**TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI**

Garanzia base	Limiti / Sottolimiti	Modalità di Liquidazione			
		Centro e Equipe Medica Convenzionati	Centro Convenzionato e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati	Centro e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati	SSN o centri convenzionati con esso
Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie (Massimale indicato in Polizza)	<p>Pre e Post-ricovero massimo 120 giorni</p> <p>Trasporto Sanitario €3.000 per Annualità Assicurativa e persona</p> <p>Protesi €3.000 per Annualità Assicurativa e Persona</p> <p>Indennità sostitutiva €150 al giorno massimo 100 giorni</p>	<p>Pagamento diretto spese</p> <p>Rimborso delle spese Pre e Post-ricovero</p>	<p>Centro Convenzionato pagamento diretto spese</p> <p>Equipe NON convenzionata</p> <p>Rimborso delle spese, scoperto 20% minimo € 1.000 massimo € 6.000</p> <p>Rimborso delle spese Pre e Post-Ricovero</p>	<p>Rimborso delle spese, scoperto 20% minimo € 1.000 massimo € 6.000</p>	<p>Rimborso delle spese sostenute in proprio</p>
Alta Specializzazione	€ 1.000 per Assicurato e per Annualità Assicurativa.	In Centro Convenzionato previa prenotazione,	-	-	-
Servizi di post-ospedalizzazione	€5.000 per Annualità Assicurativa e persona, massimo 120 giorni	In Centro Convenzionato previa prenotazione	-	-	-

## Art. 5. SEZIONE SPESE SANITARIE - ODONTOIATRIA

### COSA ASSICURA

#### Art. 5.1 - Garanzia base

La Società si obbliga a indennizzare l'Assicurato, in caso di Malattia o di Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, delle spese sostenute e previste dalle prestazioni di seguito elencate

- Prevenzione odontoiatrica;
- Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- Prestazioni odontoiatriche da Infortunio;
- Prestazioni odontoiatriche da Infortunio per circolazione stradale.

#### Art. 5.1.1 - Prevenzione Odontoiatrica

La Società, esclusivamente in caso di utilizzo, previa prenotazione, di un Centro Sanitario Convenzionato, provvede al pagamento delle spese sostenute per:

- una visita specialistica odontoiatrica e una fluorazione;
- una seduta di ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Ciascuna delle due suddette prestazioni operano una sola volta per Assicurato e Annualità Assicurativa e in un'unica soluzione.

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

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

#### Art. 5.1.2 - Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero <sup>11</sup>

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per gli interventi chirurgici odontoiatrici compresi gli eventuali successivi interventi di implantologia dentale, conseguenti alle seguenti patologie:

- rimozione di impianto dislocato all'interno del seno mascellare;
- cisti follicolari
- cisti radicolari;
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare

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

<sup>11</sup> E' oggetto di copertura assicurativa qualunque intervento chirurgico odontoiatrico?



No, sono coperti solo gli interventi chirurgici odontoiatrici conseguenti a determinate patologie riportate nelle condizioni di assicurazione.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle spese consiste in:

- radiografie e referti radiologici per rimozione di impianto dislocato all'interno del seno mascellare e accesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica;
- radiografie, referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica e referti istologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Anatomia Patologica, per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma e odontoma.

La presente prestazione è garantita fino al raggiungimento di € 1.500,00 per Annualità Assicurativa e per Assicurato.

#### **Art. 5.1.3 - Prestazioni odontoiatriche da Infortunio**

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di Infortunio, con le modalità sotto indicate.

La documentazione sanitaria necessaria, al fine di ottenere la copertura delle prestazioni effettuate, consiste in:

- radiografie e referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

La presente prestazione è garantita fino al raggiungimento di € 500,00 per Annualità Assicurativa e per Assicurato.

#### **Art. 5.1.4 - Prestazioni odontoiatriche da infortunio per circolazione stradale**

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni odontoiatriche effettuate a seguito di Infortunio inerente alla circolazione stradale di veicoli con controparte identificata, indipendentemente dalle responsabilità e dal ruolo dell'Assicurato medesimo nella dinamica del sinistro.

Per l'attivazione della garanzia è necessario che il danno dentale subito dall'Assicurato a seguito del sinistro sia stato verbalizzato dalle Autorità competenti intervenute a seguito dell'incidente e che risulti da idonea documentazione sanitaria rilasciata da strutture sanitarie o di pronto Soccorso entro 24 ore dalla data di accadimento del sinistro. La presente prestazione opera a condizione che l'Assicurato non abbia assunto sostanze stupefacenti nelle 48 ore precedenti il sinistro.

La presente prestazione è garantita fino al raggiungimento di € 2.000,00 per Annualità Assicurativa e per Assicurato.

### **COSA NON ASSICURA**

#### **Art. 5.2 - Esclusioni**

L'Assicurazione non è operante per:

- a) le cure per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;
- b) le conseguenze di infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- c) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
- d) 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;

- e) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- f) 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);

### **Art. 5.3 Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione**

Qualora in corso di contratto uno degli Assicurati raggiunga il limite di età di 75 anni, limitatamente a questa persona, le prestazioni previste da questa Sezione cessano alla scadenza annuale successiva al compimento di detta età.



## COME PERSONALIZZARE <sup>12</sup>

### **Art. 5.4 - Garanzia Supplementare (a pagamento)**

Il Contraente può scegliere di acquistare la Garanzia Supplementare di seguito proposta; la garanzia sarà operante solo se indicata in Polizza.

#### **Art. 5.4.1 - Prestazioni odontoiatriche**

La Società, esclusivamente in caso di utilizzo previa prenotazione di un Centro Sanitario Convenzionato, provvede al pagamento delle spese sostenute per:

- cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia;
- spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribassamento di protesi dentarie;
- prestazioni ortodontiche.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento di € 500,00 per Annualità Assicurativa e per Assicurato.

## COME ASSICURA

### **Art. 5.5 - Validità territoriale**

L'assicurazione vale per il mondo intero.

### **Art. 5.6 - Modalità di erogazione delle prestazioni**

La Società provvede a erogare le prestazioni nei limiti previsti in relazione a ciascuna di esse e con le modalità sotto indicate:

- Prevenzione Odontoiatrica, pagare direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute.

- Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

- a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati, paga le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato;
- b) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

- Prestazioni odontoiatriche da infortunio

- a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati, pagare le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato;
- b) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

- Prestazioni odontoiatriche da infortunio per circolazione stradale

- a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati, paga le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato;
- b) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

- Prestazioni odontoiatriche, paga direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute.

---

<sup>12</sup> Posso personalizzare la mia copertura assicurativa?



*Si, poiché ogni Cliente ha la propria sensibilità e le proprie esigenze assicurative. Alla garanzia base si potrà inserire la garanzia supplementare Prestazioni odontoiatriche per ampliare la copertura assicurativa.*

## TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

Garanzia base	Limiti di Indennizzo	Franchigie	Modalità di Liquidazione
Prevenzione Odontoiatrica	Una sola volta per Assicurato e per Annualità assicurativa.	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese
Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero	€ 1.500,00 per Assicurato e per Annualità Assicurativa	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese. In strutture del SSN, rimborso dei ticket sanitari.
Prestazioni odontoiatriche da infortunio	€ 500,00 per Assicurato e per Annualità Assicurativa.	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese. In strutture del SSN, rimborso dei ticket sanitari
Prestazioni odontoiatriche da infortunio per circolazione stradale	€ 2.000,00 per Assicurato e per Annualità Assicurativa	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese. In strutture del SSN, rimborso dei ticket sanitari
Garanzia Supplementari	Limiti	Franchigie	Modalità di Liquidazione
Prestazioni odontoiatriche	€ 500,00 per Assicurato e per Annualità Assicurativa	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese

## Art. 6. SEZIONE ASSISTENZA

### COSA ASSICURA

#### Art. 6.1 - Garanzia base

La Società si obbliga a mettere a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle condizioni che seguono, con i limiti e le modalità in esse descritte. <sup>13</sup>

#### Servizi di consulenza

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-009927 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 051.6389046.

##### a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

##### b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

#### Prestazioni di Assistenza

Le seguenti Prestazioni di assistenza vengono fornite dalla Struttura Organizzativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800.212477. Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 051.6389048.

##### c) Invio di medicinali a domicilio

<sup>13</sup> Cosa devo fare per utilizzare la garanzia di ASSISTENZA?



*No, sono coperti solo gli interventi Per l'erogazione delle garanzie e dei servizi di Assistenza previsti sul contratto occorre sempre rivolgersi preventivamente alla Centrale Operativa o alla Struttura Organizzativa di UniSalute richiedendo l'aiuto necessario con le seguenti modalità:*

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

- *al numero verde 800-009927 se in Italia;*
- *al numero +39 051-6389046 se dall'estero specificando la prestazione richiesta, nei seguenti orari: Lun. - Ven. (8:30 - 19:30) esclusi i festivi.*

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

- *al numero verde 800-212477 se in Italia;*
- *al numero +39 051-6389048 se dall'estero specificando la prestazione richiesta. Le prestazioni sono rese tutti i giorni 24 ore su 24.*

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

L'Assistenza sarà prestata qualora l'Assicurato necessiti di medicinali regolarmente prescritti, ad esclusione dei farmaci salvavita, ed egli o altro familiare e/o convivente sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal suo medico.

La Società provvederà, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, alla consegna dei medicinali prescritti. La prestazione sarà fornita per un numero massimo di 3 volte per annualità assicurativa per Assicurato. A carico dell'Assicurato resta solo il costo dei medicinali.

d) 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 Struttura Organizzativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la relativa spesa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 Km e con il massimo di euro 300 per Sinistro e per A.

e) 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 Struttura Organizzativa 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 e 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.

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.

f) Pareri medici immediati

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia, necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Struttura Organizzativa fornirà, tramite i propri medici, le informazioni e i consigli richiesti.

## Art. 6.2 - Tariffe Agevolate

La Società prevede per l'Assicurato la possibilità di usufruire di tariffe agevolate per visite specialistiche e prestazioni di diagnostica effettuate presso il network sanitario convenzionato con SiSalute.

Il servizio è attivo per tutti gli Assicurati indicati al momento della sottoscrizione della Polizza.

Il servizio Tariffe Agevolate si intende operante sia in caso di esaurimento delle Somme assicurate relative alle garanzie indicate in Polizza sia in caso di prestazioni non espressamente previste o escluse dalla Polizza.

**Il costo di queste prestazioni si intende totalmente a carico dell'Assicurato.**

Per utilizzare il servizio è necessario collegarsi al sito [www.si-salute.it](http://www.si-salute.it) oppure contattare gli operatori SiSalute al numero 051 3542003, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

**La Società ha la facoltà di cambiare la società prestatrice del servizio Tariffe Agevolate, senza che ciò comporti una variazione di quest'ultimo, dandone tempestivo avviso al Contraente.**

## **COSA NON ASSICURA**

### **Art. 6.3 - Esclusioni**

L'Assicurazione non è operante per:

- a) atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, sommosse, Atti di Terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni;
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, uragani, alluvioni e/o inondazioni;
- c) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) dolo dell'Assicurato.

Relativamente all'Art. 6.2 Tariffe Agevolate, il servizio non è attivo in particolare per ricoveri, interventi chirurgici anche ambulatoriali, visite e prestazioni di odontoiatria, terapie fisioterapiche.

## **COME ASSICURA**

### **Art. 6.5 - Pagamento delle Prestazioni**

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

I costi eccedenti i limiti di spesa che la Società si impegna a tenere a proprio carico gravano sull'Assicurato che deve pagarli direttamente al soggetto che eroga materialmente la Prestazione di Assistenza.

Se l'Assicurato non accetta di corrispondere l'eccedenza, la Società eroga la Prestazione di Assistenza solo nei limiti di quanto reso possibile dal Massimale previsto. In alternativa, la Società rimborsa la spesa da lui sostenuta per procurarsi autonomamente la Prestazione precedentemente richiesta alla Struttura Organizzativa, entro i limiti e i Massimali previsti da ciascuna Prestazione di Assistenza.

In tal caso l'Assicurato deve produrre l'originale dei documenti fiscali a dimostrazione che ha effettivamente sostenuto la spesa.

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

- siano state preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa/Struttura Organizzativa;
- siano conseguenti ad interventi disposti dalle pubbliche autorità;
- le procedure da seguire per l'attivazione della Prestazione impediscono alla Società di pagarle direttamente al fornitore incaricato.

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

### **Art. 6.6 - Validità territoriale**

Tutte le prestazioni di consulenza e di Assistenza sono erogate in Italia.

**TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI**

<b>Garanzia Base Prestazioni erogate in Italia</b>	<b>Limiti e sottolimiti di Indennizzo</b>	<b>Franchigie e/o Scoperti</b>
<b>Invio medicinali a domicilio</b>	<b>Il costo del trasporto, rimanendo a carico dell'Assicurato i costi dell'acquisto dei medicinali, massimo 3 volte l'anno per nucleo familiare</b>	<b>-</b>
<b>Rientro dal ricovero di primo soccorso</b>	<b>Nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento con il massimo di € 300 per sinistro e per persona</b>	<b>-</b>

## **Art. 7. NORME CHE REGOLANO I SINISTRI**

### **NORME PER TUTTE LE SEZIONI SPESE SANITARIE**

#### **Art. 7.1 - Denuncia del Sinistro**

In caso di Sinistro l'Assicurato deve:

- presentare denuncia alla Società secondo quanto previsto all'Art. 7.2 - Modalità di utilizzo della copertura;
- mettere a disposizione della Società ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare il Sinistro;
- presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla liquidazione delle spese (generalità, estremi identificativi del contratto, ecc.);
- fornire tutta la Documentazione Sanitaria in copia fotostatica, o in originale se richiesta, necessaria per consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari alla verifica del suo diritto all'indennizzo.

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

#### **Art. 7.2 - Modalità di utilizzo della copertura**

##### **a) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata**

Quando il Contraente di Polizza è una persona fisica, l'Assicurato, per il tramite del Contraente, deve preventivamente chiedere la prenotazione delle prestazioni utilizzando l'APP "UniSalute Up" scaricabile direttamente su App Store e Play Store.

È data facoltà all'Assicurato di impedire in qualsiasi momento la visualizzazione dei propri dati al Contraente.

Tutte le informazioni relative alla procedura di gestione delle opzioni di visualizzazione dei dati sono reperibili sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) nella sezione dedicata al prodotto.

Qualora l'Assicurato decida di attivare l'opzione di impedimento di visualizzazione dei dati, potrà usufruire dei servizi di prenotazione e richiesta rimborso che non prevedono l'utilizzo dell'APP "UniSalute Up".

In alternativa all'utilizzo dell'APP e in ogni caso per le prestazioni non gestibili tramite APP l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute specificando la prestazione richiesta

- al numero verde gratuito 800-009927 in Italia
- al numero +39 051.6389046 se dall'estero

nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) sono sempre descritte le modalità di fruizione del prodotto.

Tramite l'APP l'Assicurato può consultare e conoscere nel dettaglio i Centri Sanitari Convenzionati ed i medici convenzionati a Sua disposizione.

La Centrale Operativa, dopo aver accertato la regolarità assicurativa eventualmente anche richiedendo all'Assicurato altra documentazione medica (referti, risultati diagnostici, cartella clinica, ecc.), autorizzerà la prestazione. L'Assicurato, all'atto dell'erogazione della prestazione, deve presentare al Centro Sanitario Convenzionato un documento comprovante la propria identità e, laddove richiesto, la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di Ricovero l'Assicurato deve inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di Cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti. In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato deve firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvede a liquidare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato e all'Équipe Medica Convenzionata le competenze per le prestazioni autorizzate secondo le modalità indicate nelle Sezioni Spese Sanitarie della formula prescelta, e nei limiti previsti in Polizza.

L'Assicurato deve saldare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato le spese non coperte dal presente contratto e/o non autorizzate.

Il Centro Sanitario Convenzionato non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il Massimale assicurato o non autorizzate.

Nel caso in cui la Centrale Operativa, sulla base delle informazioni ricevute, ritenga che la prestazione non sia Indennizzabile in base alle condizioni contrattuali, comunica la decisione al Centro Sanitario Convenzionato e all'Assicurato; quest'ultimo deve sostenere in proprio le spese relative alle prestazioni richieste ed eventualmente richiedere il Rimborso alla Società, secondo le modalità indicate alla lettera c) Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso.

Gli Indennizzi che dovessero successivamente essere riconosciuti come dovuti saranno tuttavia liquidati come se fosse stata autorizzata la prestazione in convenzione (e pertanto senza le penalizzazioni previste per l'utilizzo di centri sanitari non convenzionati).

Qualora l'Assicurato utilizzi un Centro Sanitario Convenzionato senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'autorizzazione e l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate secondo le modalità di erogazione delle prestazioni previste nel caso di utilizzo di centri sanitari non convenzionati, di cui alla successiva lettera c) del presente articolo.

Per le prestazioni previste dalla SEZIONE SPESE SANITARIE - ODONTOIATRIA eccetto la prestazione di cui all'Art. 5.1.1 - Prevenzione Odontoiatrica

L'Assicurato, o il Centro Sanitario Convenzionato, dovrà preventivamente chiedere la prenotazione delle prestazioni utilizzando una delle modalità sopra indicate (APP o contattando i numeri telefonici forniti).

In occasione del primo Sinistro nel Centro Sanitario Convenzionato, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la Scheda Anamnestica relativa all'apparato masticatorio dell'Assicurato, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel Piano Terapeutico.

Il dentista invierà alla Società:

- la Scheda Anamnestica compilata in ogni parte;
- l'eventuale Piano Terapeutico, condiviso con l'Assicurato, insieme ai referti, alle radiografie, ecc.;

Successivamente all'esame di tale documentazione la Società provvederà ad inviare al Centro Sanitario Convenzionato 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 prestazioni.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Assicurato dovrà presentare al Centro Sanitario Convenzionato un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la Lettera di Impegno.

La Società provvederà, nei limiti indicati nelle singole prestazioni e, a liquidare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato le competenze per le prestazioni prese in carico. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare il Centro Sanitario Convenzionato a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalla Polizza.

Il Centro Sanitario Convenzionato non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese restanti a suo carico per prestazioni non completamente pagate dalla Società, non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Assicurato, non prese in carico.

#### b) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica non Convenzionata

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

- al numero verde 800-009927 in Italia,
- al numero +39 051 6389046 se dall'estero,

specificando la prestazione richiesta, nei seguenti orari: dal Lunedì al Venerdì dalle 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

La Centrale Operativa, dopo aver accertato la regolarità assicurativa - eventualmente anche richiedendo all'Assicurato altra documentazione medica (referti, risultati diagnostici, cartella clinica, ecc.) - autorizzerà la prestazione. L'Assicurato all'atto dell'erogazione della prestazione, deve presentare al Centro Sanitario



Convenzionato un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di Ricovero l'Assicurato deve inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di Cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti. In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato deve firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvede a liquidare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato le competenze per le prestazioni autorizzate secondo le modalità indicate nelle Sezioni Spese Sanitarie della formula prescelta, e nei limiti previsti dalla in Polizza.

L'Assicurato deve pagare direttamente le prestazioni nei confronti dell'equipe medica non convenzionata e richiedere successivamente il rimborso delle spese sostenute secondo le modalità previste alla successiva lettera c) Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso.

L'Assicurato deve saldare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato eventuali franchigie a suo carico previste dalle condizioni di Polizza nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata. Il Centro Sanitario Convenzionato non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il Massimale assicurato o non autorizzate.

Nel caso in cui la Centrale Operativa, sulla base delle informazioni ricevute, ritenga che la prestazione non sia indennizzabile in base alle condizioni contrattuali, comunica la decisione al Centro Sanitario Convenzionato e all'Assicurato; quest'ultimo deve sostenere in proprio le spese relative alle prestazioni richieste ed eventualmente richiedere il Rimborso alla Società, secondo le modalità indicate alla successiva lettera c) Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso.

Gli Indennizzi che dovessero successivamente essere riconosciuti come dovuti saranno tuttavia liquidati come se fosse stata autorizzata la prestazione in convenzione (e pertanto senza le penalizzazioni previste per l'utilizzo di centri sanitari non convenzionati).

Qualora l'Assicurato utilizzi un Centro Sanitario Convenzionato senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'autorizzazione e l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate secondo le modalità di erogazione delle prestazioni previste nel caso di utilizzo di centri sanitari non convenzionati di cui alla successiva lettera c) del presente articolo.

c) Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso

L'Assicurato, per ottenere il rimborso, secondo le modalità indicate nelle rispettive Sezioni Spese Sanitarie e nei limiti previsti dalla in Polizza, delle spese sostenute per:

- Prestazioni in centri sanitari non convenzionati;
- Prestazioni da parte di equipe medica non convenzionata (presso Centri Sanitari Convenzionati);
- Prestazioni in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso;
- Indennità per la convalescenza a seguito di Ricovero in Istituto di Cura per Tumore Maligno;
- Indennità sostitutiva e/o ogni altra prestazione a rimborso prevista dalla polizza;

può adottare una delle seguenti modalità:

- rivolgersi direttamente all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza,
- inviare direttamente a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO**,
- seguire quanto indicato all'interno dell'Area Clienti del sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)

allegando il modulo per la richiesta di rimborso, reperibile all'interno della Sezione Modulistica del sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it), da compilare e sottoscrivere debitamente in ogni sua parte.

Il modulo deve essere inviato secondo le modalità sopra indicate, unitamente a copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di Ricovero e copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

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

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

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre compagnie assicurative richiesta di rimborso per il medesimo Sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico secondo le modalità indicate nelle Sezioni Spese Sanitarie della formula prescelta, e nei limiti previsti in Polizza, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

### **Art. 7.3 - Area territoriale scoperta**

Nel caso in cui l'Assicurato sia **residente ad una distanza superiore ai 20 km, o comunque in una provincia diversa** rispetto al Centro Sanitario Convenzionato con Unisalute più vicino alla residenza stessa, per usufruire della prestazione richiesta l'Assicurato potrà avvalersi, previa autorizzazione della CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE, di un centro sanitario non convenzionato. In questo caso è previsto il rimborso integrale delle spese sostenute nei limiti e nei massimali previsti dalla prestazione.

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

### **Art. 7.4 - Ospedalizzazione domiciliare**

Per usufruire dei servizi di post-ospedalizzazione di cui agli articoli 3.1.3 e 4.1.4, l'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa di UniSalute S.p.A. specificando la prestazione richiesta:

- al numero verde 800-009927 in Italia,
- al numero +39 051 6389046 se dall' estero,

nei seguenti orari: dal Lunedì al Venerdì dalle 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

### **Art. 7.5 - Second Opinion**

In conformità a quanto previsto dagli articoli 3.1.5 e 4.1.3, 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 800-009927. 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.

### **Art. 7.6 - Gestione dei documenti di spesa**

In caso di Sinistro la documentazione comprovante le spese sostenute dall'Assicurato viene gestita secondo le seguenti modalità:

- a) Nel caso di Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati, la documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate effettuate viene consegnata direttamente dal Centro Sanitario Convenzionato all'Assicurato.
- b) Nel caso di Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica non Convenzionata, la documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate effettuate in Centri Sanitari Convenzionati viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

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

- riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione, liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
  - riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.
- c) Nel caso di Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso, la Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, mette a disposizione, attraverso l'APP il riepilogo delle richieste di rimborso in attesa di documentazione, liquidate e non liquidate con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

#### **Art. 7.7 - Obbligo di restituzione delle somme indebitamente ricevute**

In caso di prestazione sanitaria effettuata in un Centro Sanitario Convenzionato o in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, qualora si dovesse accertare l'inoperatività e/o inefficacia dell'Assicurazione, ne sarà data comunicazione all'Assicurato il quale, ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 2033 del Codice Civile, dovrà restituire a UniSalute tutte le somme indebitamente versate dalla Società al Centro Sanitario Convenzionato o rimborsate al Cliente stesso.

#### **NORME PER LA SEZIONE ASSISTENZA**

#### **Art. 7.8 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro**

L'Assicurato deve contattare immediatamente la Struttura Organizzativa di UniSalute S.p.A. per:

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

#### **Art. 7.9 - Modalità per richiedere le Prestazioni di Assistenza**

Per le Servizi di consulenza di cui all'Art. 3.1 Garanzia Base, lettere a) e b) l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute ai seguenti numeri telefonici:

Per chi chiama dall'Italia: 800-009927 (numero verde);

per chi chiama dall'estero: comporre il numero + 39 051.6389046.

Per le prestazioni di Assistenza di cui all'Art. 3.1 Garanzia Base, lettera c), d), e) e f) l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute ai seguenti numeri telefonici:

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

per chi chiama dall'estero: comporre il numero +39 051.6389048.

## **NORME VALIDE PER TUTTE LE SEZIONI**

### **Art. 7.10 - Diritto di verifica**

In caso di Sinistro la Società ha diritto di verificare l'effettiva sussistenza delle condizioni che rendono operante la garanzia e, a mezzo dei propri consulenti, le condizioni di salute dell'Assicurato.

### **Art. 7.11 - Controversie e Arbitrato irrituale**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Art. 7.12 - 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 nell'Art. 7.2 "Modalità di utilizzo della copertura" al punto c) "Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso".

## **NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA**

Testo articoli del Codice Civile richiamati nel contratto.

### **CODICE CIVILE**

#### **Art. 1341 Condizioni Generali di Contratto**

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

#### **Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari**

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

#### **Art. 1888 Prova del contratto**

Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.

L'assicuratore è obbligato a rilasciare al contraente la polizza di assicurazione o altro documento da lui sottoscritto.

L'assicuratore è anche tenuto a rilasciare, a richiesta e a spese del contraente, duplicati o copie della polizza; ma in tal caso può esigere la presentazione o la restituzione dell'originale.

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

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

L'assicuratore decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di voler esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno.

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

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

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

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

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

#### **Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi**

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

#### **Art. 1897 Diminuzione del rischio**

Se il Contraente comunica all'assicuratore i mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

#### Art. 1898 Aggravamento del rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

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

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

#### Art. 1901 Mancato pagamento del premio

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

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

#### Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori

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

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

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

#### Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

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

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

#### Art. 1915 Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 2033 Indebito oggettivo

Chi ha eseguito un pagamento non dovuto ha diritto di ripetere ciò che ha pagato. Ha inoltre diritto ai frutti e agli interessi dal giorno del pagamento, se chi lo ha ricevuto era in malafede, oppure, se questi era in buona fede, dal giorno della domanda.

## **ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

### **NEUROCHIRURGIA**

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

### **OCULISTICA**

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

### **OTORINOLARINGOIATRIA**

- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- 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
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

#### **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

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

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

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

#### **TRAPIANTI DI ORGANO**

- Tutti

# INFORMATIVA PRIVACY

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

### Gentile Cliente,

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

### 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<sup>(2)</sup> ci fornisce; tra questi ci sono anche categorie particolari di dati personali<sup>(3)</sup> (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<sup>(4)</sup>; 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<sup>(5)</sup>. 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<sup>(6)</sup>. 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<sup>(14)(8)</sup>.

### 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<sup>(9)</sup>. 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<sup>(7)</sup> o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>(5)</sup>.

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<sup>(9)</sup>. 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](http://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](mailto: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 anticiclaggio 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](http://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).
- 9) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

