



UNISALUTE INVALIDITÀ

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 Invalidità”

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

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza offre una copertura Sanitaria nei casi di Invalidità Permanente da Malattia.



Che cosa è assicurato?

SEZIONE MALATTIA

- ✓ **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA:** conseguenze di malattie, manifestatesi dopo novanta giorni alla data di effetto della polizza e prima della sua cessazione, che provochino all'Assicurato una invalidità permanente di grado superiore alla soglia prevista.
- ✓ **VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI O TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E/O RIABILITATIVI A SEGUITO DI RICOVERO DI DURATA SUPERIORE A DIECI GIORNI:** liquidazione delle spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi effettuate presso strutture sanitarie convenzionate finalizzati alla cura della patologia che ha comportato il Ricovero manifestatosi nel periodo di vigenza contrattuale, di durata superiore a dieci giorni consecutivi, e avvenuto anch'esso durante l'operatività del contratto.
- ✓ **INDENNITA' DI CONVALESCENZA A SEGUITO DI RICOVERO DI DURATA SUPERIORE A DIECI GIORNI:** corresponsione di un'indennità giornaliera per un periodo paria a quello di durata del Ricovero di durata superiore a dieci giorni consecutivi causato da una malattia manifestatasi durante l'operatività del contratto.
- ✓ **SINDROME METABOLICA:** servizio di verifica preventiva della presenza di “Sindrome Metabolica”, attraverso la compilazione di un questionario, sull'esistenza di eventuali fattori di rischio per la salute, soprattutto di natura cardiovascolare, correlati allo stile di vita o a patologie preesistenti ad alto rischio cardiovascolare sottovalutate fino a quel momento. Qualora emerga l'esistenza di detti fattori di rischio UniSalute propone un programma di attività e dei suggerimenti che possano aiutare a limitarli.
- ✓ **SECOND OPINION:** servizio di analisi dei responsi ricevuti dai sanitari curanti, concernenti una diagnosi o un'impostazione terapeutica, da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche, in presenza di una delle patologie contrattualmente indicate; identificazione e ricerca di un massimo di tre specialisti con particolare competenza nel trattamento della malattia; organizzazione degli appuntamenti, del soggiorno e del trasporto.

SEZIONE ASSISTENZA

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

UniSalute presta le garanzie fino all'importo massimo stabilito in Polizza e/o nelle Condizioni di assicurazione (c.d. massimale/somma assicurata).



Che cosa non è assicurato?

- ✗ **SEZIONE MALATTIA:** non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V.



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Franchigie (espresse in cifra fissa o in giorni) indicati nelle condizioni di assicurazione e/o in Polizza che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni tra le quali quelle relative alle seguenti ipotesi:

- ! malattie, malformazioni e stati patologici manifestatisi anteriormente alla stipulazione del contratto, non dichiarati dall'Assicurato;
- ! le invalidità permanenti preesistenti alla data di decorrenza del presente contratto;
- ! malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- ! intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool, psicofarmaci, nonché ad uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni.



Dove vale la copertura?

- ✓ Per la sezione MALATTIA la copertura vale nel mondo intero.
- ✓ Per la sezione ASSISTENZA l'assicurazione ha validità in Italia o all'Estero a seconda delle prestazioni erogate.



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 le coperture anche sulla base delle dichiarazioni rese e risultanti dal Questionario sanitario che forma parte integrante della Polizza stessa. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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.
- ✓ Prima della sottoscrizione del Questionario sanitario, è necessario verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario stesso.



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 delle imposte. Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario. Sono concedibili sconti di Premio in relazione alla durata del contratto: se il contratto è stipulato con durata poliennale il Premio di ciascuna annualità viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale. Il Premio può essere frazionato oppure può essere corrisposto in un'unica soluzione al momento della stipulazione e successivamente ad ogni scadenza annuale. Previo accordo di UniSalute il Premio annuo può essere frazionato in rate mensili con addebito diretto su conto corrente. L'eventuale frazionamento è indicato in polizza.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha la durata indicata in Polizza. L'assicurazione ha effetto alle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; in caso contrario decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio. 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 non prevede il tacito rinnovo e, pertanto, cessa automaticamente alla scadenza del periodo prefissato senza obbligo di disdetta.



Come posso disdire la polizza ?

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 Invalidità Permanente da Malattia

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

UniSalute S.p.A.

Prodotto: UNISALUTE INVALIDITA'

Data 01/01/2023 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

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

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

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

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

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

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

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2021, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 216,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 93,25 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2021, è pari ad € 90,98 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 30,36 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 207,05 milioni e ad € 204,87 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2021, pari a 2,28 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

Al contratto si applica la Legge Italiana, se il Rischio è ubicato in Italia. E' facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.



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.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Condizione Specifica	Indennizzo solo per Invalidità Permanente accertata superiore al 60%.
-----------------------------	---



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicate Franchigie contrattualmente indicate e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 25%.

Indennità di convalescenza a seguito di Ricovero di durata superiore a dieci giorni: importo giornaliero di € 50,00 per un periodo pari a quello di durata del Ricovero con il massimo di trenta giorni per Annualità Assicurativa e per persona.

Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di Ricovero di durata superiore a dieci giorni: piano di cura che preveda l'effettuazione di visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi finalizzati alla cura della patologia che ha comportato il Ricovero e alla successiva riabilitazione. Le prestazioni devono essere effettuate solo in strutture convenzionate con la Società, verranno erogate senza applicazione di scoperti o di franchigia. La garanzia opererà per un periodo di trecentosessantacinque giorni successivi alla data di dimissione e comunque non oltre la scadenza della Polizza. La garanzia è prestata fino al raggiungimento di € 1.500,00 per Annualità Assicurativa e per persona.

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

- positività H.I.V. ed AIDS e sindrome ad esse correlate;
- trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- conseguenze di azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona. Si intendono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato, del Contraente o di eventuali beneficiari dell'indennizzo;
- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che il danno alla salute derivi dall'esposizione a radiazioni per fini terapeutici o per l'espletamento di attività professionali in campo sanitario che comportino l'impiego di raggi x e/o di isotopi radioattivi;
- conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, alluvioni, maremoti, eruzioni vulcaniche, intendendosi, invece, comprese quelle sofferte a seguito di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte;
- malattie professionali soggette all'assicurazione di legge ed elencate nel D.P.R. 30.6.1965 n.1124 e successive modifiche.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia del sinistro: per INVALIDITÀ PERMANENTE A SEGUITO DI MALATTIA L'Assicurato o il Contraente devono denunciare la malattia ad UniSalute oppure all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro trenta giorni dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità o conoscenza con le modalità contrattualmente previste. per VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E/O RIABILITATIVI A SEGUITO DI RICOVERO SUPERIORE A DIECI GIORNI l'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute producendo il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale e specificare la prestazione richiesta. Per INDENNITÀ DI CONVALESCENZA A SEGUITO DI RICOVERO DI DURATA SUPERIORE A
---------------------------------------	--

	DIECI GIORNI l'Assicurato dovrà inviare a UniSalute all'indirizzo: <u>UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO</u>, oppure all'Agenzia il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale e della documentazione rilasciata dal medico curante da cui risulti la necessità di un periodo di convalescenza successivamente alle dimissioni. In caso di SINDROME METABOLICA l'Assicurato deve compilare il questionario disponibile sul sito all'indirizzo <u>www.unisalute.it</u>, registrandosi all' "Area Clienti" e confermare il suo invio ad UniSalute. SECOND OPINION: l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa Centrale Operativa di UniSalute. In tal modo l'Assicurato verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita. ASSISTENZA: l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute e specificare la prestazione richiesta.
	Assistenza diretta/in convenzione: VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E/O RIABILITATIVI A SEGUITO DI RICOVERO SUPERIORE A DIECI GIORNI Il contratto prevede la prestazione di assistenza diretta, mediante l'accesso ad un circuito di cliniche convenzionate con UniSalute a cui è affidata l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni. Qualora l'Assicurato non si avvalga in tutto o in parte dei centri convenzionati o non contatti la Centrale Operativa di UniSalute le prestazioni previste dalle garanzie Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di ricovero di durata superiore a dieci giorni, Sindrome Metabolica, Second Opinion e Assistenza non potranno essere attivate.
	Gestione da parte di altre imprese: Per l'erogazione dei servizi di Second Opinion UniSalute si avvale di Best Doctors e della sua struttura organizzativa.
	Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di Premio, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI
Obblighi dell'impresa	La Società liquida l'indennizzo spettante all'Assicurato, o ai suoi eredi legittimi o testamentari, in relazione alle richieste di rimborso entro 30 giorni dalla presentazione di tutti i documenti completi dalla stessa richiesti salvo che non ricorra alcuno dei casi di non indennizzabilità previsti dal contratto. In caso di ricorso all'arbitrato irrituale la Società liquida l'indennizzo entro 30 giorni dall'esito della procedura.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il Premio è soggetto ad adeguamento annuale in ragione dell'aumentare dell'età dell'Assicurato sulla base delle percentuali di incremento contrattualmente previste.
Rimborso	Non sono contrattualmente previste ipotesi di rimborso del Premio nei confronti del Contraente.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Il contratto prevede un periodo di carenza, ossia un periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale l'eventuale Sinistro non rientra in garanzia e pertanto non sarà pagato alcun Indennizzo. La garanzia assicurativa decorre dalle ore 24 del novantesimo giorno successivo a quello di effetto

	della Polizza, per le Malattie manifestatesi dopo la stipulazione del contratto.
Sospensione	Non è contrattualmente prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non è prevista per il Contraente la possibilità di recedere dal contratto in caso di ripensamento a seguito della stipulazione dello stesso.
Risoluzione	Non è contrattualmente prevista la possibilità per il Contraente di risolvere il contratto. La sopravvenienza di alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'assicurazione, limitatamente a detta persona, alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.



A chi è rivolto questo prodotto?

I presente prodotto è rivolto a:

- Persone fisiche che riportino un'invalidità permanente grave da malattia e/o che si sottopongano a visite specialistiche e accertamenti, trattamenti fisioterapici in caso di ricovero per malattia.
- Persone giuridiche che intendano tutelare soggetti identificati nell'ipotesi in cui riportino un'invalidità permanente grave da malattia e/o che si sottopongano a visite specialistiche e accertamenti, trattamenti fisioterapici in caso di ricovero per malattia.

In entrambi i casi è presente l'esigenza principale di protezione contro il rischio malattia e l'ottenimento di prestazioni di assistenza



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 18,00% del Premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it. I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento. I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.
----------------------------------	---

All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni. Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa. I reclami indirizzati all'IVASS contengono: 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. Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (<i>indicare quando obbligatori</i>):	
Mediazione	Interpellando tramite un avvocato di fiducia un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it .(Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Arbitrato irrituale: ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica possono essere demandate a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. - Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

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

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

UNISALUTE INVALIDITÀ

Contratto di assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

COMPENSIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01261 / 000 / 00000 / H - Ed. 01 / 01 / 2023

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

INDICE

GLOSSARIO	5
ART. 1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	9
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	9
ART. 1.1 – EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	9
ART. 1.2 – PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI	9
ART. 1.3 – DURATA DEL CONTRATTO E SCONTO PER POLIENNALITÀ	10
ART. 1.4 – OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE	10
ART. 1.5 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO	11
QUANDO E COME DEVO PAGARE	11
ART. 1.6 – PAGAMENTO DEL PREMIO	11
ART. 1.7 – FRAZIONAMENTO DEL PREMIO	11
ART. 1.8 – PAGAMENTO FRAZIONATO DEL PREMIO TRAMITE SERVIZIO S.D.D. (OPERANTE SE INDICATO IN POLIZZA IL FRAZIONAMENTO MENSILE)	11
ART. 1.9 – ADEGUAMENTO DEL PREMIO IN BASE ALL'ETÀ	13
CHE OBBLIGHI HO	14
ART. 1.10 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	14
ART. 1.11 – AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO	14
ALTRE NORME	14
ART. 1.12 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE E VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE	14
ART. 1.13 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI	14
ART. 1.14 - ALTRE ASSICURAZIONI	15
ART. 1.15 - FORO COMPETENTE	15
ART. 1.16 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	15
ART. 1.17 - OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE	15
ART. 1.18 - LEGISLAZIONE APPLICABILE	15
ART. 1.19 - REGIME FISCALE	15
ART. 1.20 - RECLAMI	15
ART. 2. SEZIONE MALATTIA	18
COSA ASSICURA	18
ART 2.1 - GARANZIA BASE	18
ART. 2.1.1 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	18
ART. 2.1.1.1 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO	18

ART. 2.1.2 - VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E/O RIABILITATIVI A SEGUITO DI RICOVERO DI DURATA SUPERIORE A DIECI GIORNI	21
ART. 2.1.3 - INDENNITÀ DI CONVALESCENZA A SEGUITO DI RICOVERO DI DURATA SUPERIORE A DIECI GIORNI	21
ART. 2.1.4 - SINDROME METABOLICA	22
ART. 2.1.5 - SECOND OPINION	23
COSA NON ASSICURA	25
ART. 2.2 – ESCLUSIONI	25
ART. 2.3 - PERSONE NON ASSICURABILI	25
COME PERSONALIZZARE	26
ART. 2.4 – CONDIZIONE SPECIFICA (CON SCONTO)	26
ART. 2.4.1 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA SUPERIORE AL 60%	26
COME ASSICURA	27
ART. 2.5 – VALIDITÀ TERRITORIALE	27
ART. 2.6 - RINUNCIA ALLA RIVALSA	27
ART. 3. SEZIONE ASSISTENZA	28
COSA ASSICURA	28
ART. 3.1 - GARANZIA BASE	28
COSA NON ASSICURA	32
ART. 3.2 - ESCLUSIONI	32
ART. 3.3 – DELIMITAZIONI	33
COME ASSICURA	33
ART 3.4 – PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI	33
ART. 3.5 - VALIDITÀ TERRITORIALE	34
ART. 4. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	35
NORME PER LA SEZIONE MALATTIA	35
ART. 4.1 - DENUNCIA E OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO	35
ART. 4.2 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ INVALIDITÀ PERMANENTE A SEGUITO DI MALATTIA	37
ART. 4.3 – ARBITRATO IRRITUALE	38
ART. 4.4 - GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA	38
ART. 4.5 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	39
NORME PER LA SEZIONE ASSISTENZA	39
ART. 4.6 - DENUNCIA E OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO	39
ART. 4.7 - MODALITÀ PER RICHIEDERE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA	39
ART. 4.8 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	40

PARAMETRI DI RIFERIMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTI	44
INFORMATIVA PRIVACY	56

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:

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

Assicurato: la persona 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.

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

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

Centro Sanitario Convenzionato: Istituto di Cura, poliambulatorio, centro specialistico e/o diagnostico, convenzionati con la Società, 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.

Difetto fisico / Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite o traumatiche acquisite.

Documentazione sanitaria: cartella clinica e/o di 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).

Franchigia:¹ 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.

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

Invalidità Permanente da Malattia: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

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

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

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

¹ *1 Come funziona il meccanismo della franchigia per la determinazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente da Malattia?* 

1° esempio

Viene diagnosticata una malattia che porterà una invalidità accertata del 18%. La somma assicurata è di € 100.000,00. L'indennizzo è calcolato nel seguente modo:

Somma assicurata per invalidità: € 100.000,00

Franchigia fissa: 25%

Invalidità accertata: 18%

Invalidità da liquidare: nessun indennizzo dovuto perché l'invalidità accertata è inferiore alla franchigia.

2° esempio

Viene diagnosticata una malattia che porterà una invalidità accertata del 35%. La somma assicurata è di € 100.000,00. L'indennizzo è calcolato nel seguente modo:

Somma assicurata per invalidità: € 100.000,00

Franchigia fissa: 25%

Invalidità accertata: 35%

Invalidità da liquidare: 20% (come da TABELLA 1)

Importo liquidato: 20% x € 100.000,00 = € 20.000,00

3° esempio

Viene diagnosticata una malattia che porterà una invalidità accertata del 76%. La somma assicurata è di € 200.000,00. L'indennizzo è calcolato nel seguente modo:

Somma assicurata per invalidità: € 200.000,00

Franchigia fissa: 25%

Invalidità accertata: 76%

Invalidità da liquidare: 100% (come da TABELLA 1)

Importo liquidato: 100% x € 200.000,00 = € 200.000,00

Malattie coesistenti: le malattie o invalidità presenti nell'Assicurato che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo - funzionali diversi.

Malattie concorrenti: le malattie o invalidità presenti nell'Assicurato che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

Massimale / Somma assicurata: l'importo che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Nucleo familiare: le persone risultanti dallo stato di famiglia del Contraente/Assicurato alla data del sinistro.

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

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

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo per l'assicurazione.

Questionario Sanitario: documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o, in caso di minore, da chi ne esercita la potestà genitoriale, prima di stipulare la Polizza.

Il Questionario Sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni in esso rilasciate che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.

Rischio: la probabilità che si verifichi un Sinistro.

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

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Second Opinion: consulenza di elevato profilo medico specialistico erogata, sulla base della documentazione fornita dall'Assicurato, da una struttura di medici specialisti internazionali.

Società: l'Impresa assicuratrice UniSalute S.p.A.

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

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.

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.

Per i termini di seguito utilizzati valgono le definizioni riportate nel Glossario

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 alle 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 della Società al pagamento dei Premi scaduti, ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

Art. 1.2 – Periodi di carenza contrattuali

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del novantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie manifestatesi dopo la stipulazione del contratto.

Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza emessa dalla Società o società appartenente ad Unipol Gruppo S.p.A riguardante gli stessi Assicurati e identica garanzia, il termine di aspettativa di cui sopra opera:

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla Polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme e diverse prestazioni da essa previste.

In caso di pagamento del Premio dopo i novanta giorni successivi alla scadenza annuale del contratto, decorrono nuovamente i termini di aspettativa previsti.

Art. 1.3 – Durata del contratto e sconto per poliennalità ^{2 3}

L'assicurazione cessa alla scadenza del periodo prefissato indicato in Polizza, e **non è soggetta a tacito rinnovo**.

Il Periodo Assicurativo è stabilito nella durata di un Anno, salvo che l'Assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto. 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. 1.9 Adeguamento del Premio in base all'età anche l'importo della riduzione varierà di conseguenza. Pertanto, 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; in tal caso il Recesso deve essere comunicato almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione con lettera raccomandata, mediante fax oppure mediante PEC (posta elettronica certificata), se l'Assicurato o Contraente ne è in possesso, diretta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società. Se la durata è uguale o inferiore ai 5 anni, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza.

Art. 1.4 – Operatività dell'Assicurazione

Le garanzie si intendono operanti **anche in caso di non coesistenza di un contratto di Assicurazione con la Società o società appartenente ad Unipol Gruppo S.p.A per la copertura di uno dei seguenti rischi:**

- **Infortuni, con la presenza della garanzia Invalidità Permanente da Infortunio;**
- **Rimborso spese mediche da Malattia e infortunio.**

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

Il prodotto UniSalute Invalidità prevede che la copertura assicurativa sia "senza tacito rinnovo" pertanto 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.

³ *Quale durata può avere l'Assicurazione?* 

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

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 ^{4 5}

I Premi devono essere pagati presso l'intermediario al quale è assegnata l'Assicurazione oppure alla Società.

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.7 – Frazionamento del Premio

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, fermo l'eventuale decorso di nuovi termini di aspettativa ai sensi dell'Art. 1.2 Periodi di carenza contrattuali.

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.

⁴ *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.

⁵ *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.

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 S.p.A.». Tale messaggio sarà inviato dalla Società: - mediante SMS al seguente numero di cellulare [*].

b) Mancato addebito del pagamento di Premi

1. Entro dieci giorni dalla scadenza della rata, la Banca del Contraente comunicherà alla Società l'eventuale mancato addebito dell'importo dovuto qualora, in fase di addebito, il conto sia risultato privo di fondi.
2. In tal caso la Società provvederà contestualmente a notificare al Contraente l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura assicurativa, mediante invio di messaggio con le modalità indicate al punto a) 4.: «L'addebito S.D.D. di € xxxx,xx per la rata del GG/mm/ AAAA della pol xxx/ xxxxxxxxx è stato rifiutato dalla sua Banca; pertanto le garanzie prestate in pol sono sospese dal GG/mm/AAAA. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento. UniSalute».

c) Revoca/modifiche del servizio di addebito S.D.D.

1. Per consentire il buon esito delle disposizioni di addebito e il regolare pagamento del Premio, il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente alla Società eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie o revoche del servizio di addebito S.D.D. eventualmente disposte dallo stesso.
2. In caso di sostituzione del contratto assicurativo, qualora il Contraente intenda continuare ad avvalersi del pagamento tramite S.D.D. anche sul contratto sostitutivo ed il contratto sostitutivo preveda tale modalità di pagamento, questi dovrà contestualmente sottoscrivere un nuovo mandato di adesione al servizio S.D.D..
3. In caso di cessazione o sostituzione del contratto assicurativo, la Società invierà al Contraente, con le modalità indicate al punto a) 4., il seguente messaggio:

«Comunichiamo cessazione/sostituzione pol n° xx/xx/xxxx e revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio a decorrere da [GG mese AAAA]. Si rechi in Agenzia per regolarizzare la sua posizione UniSalute S.p.A.».

4. In caso di revoca del servizio di addebito S.D.D. disposta dal Contraente, la Società invierà allo stesso, con le modalità indicate al punto a) 4., il seguente messaggio: «Seguito revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio da lei disposta per la pol n xxx/xxxxxxxxx, 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 – Adeguamento del Premio in base all'età

La Polizza prevede l'adeguamento annuo del premio in base all'età dell'Assicurato.

Il premio viene adeguato automaticamente in misura percentuale in funzione dell'età dell'Assicurato nei termini previsti nella tabella di seguito riportata:

Età dell'Assicurato	
Fino a 25 anni	Nessun adeguamento del Premio
Da 26 – 64 anni	Adeguamento annuo pari al 6%

L'adeguamento del premio si applica a decorrere dalla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento degli anni dell'Assicurato.

CHE OBBLIGHI HO

Art. 1.10 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Società presta la garanzia nei termini di cui alla presente Polizza sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato (o, se minore, da chi ne abbia la legale rappresentanza) e risultanti dal Questionario Sanitario che forma parte integrante della Polizza stessa e che dovrà essere presentato sia in caso di emissione di un nuovo contratto che di sua sostituzione.

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 del Questionario sanitario, devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario stesso.

Art. 1.11 – Aggravamento e diminuzione del rischio

Salvo quanto disposto dall'Art. 2.3 "Persone non assicurabili", non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del rischio.

Il contratto non prevede ipotesi di diminuzione del Rischio.

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 nel numero e delle generalità delle persone assicurate, che avvengano nel periodo di validità del contratto, devono essere comunicate per iscritto alla Società.

Quest'ultima, qualora sussistano le condizioni di assicurabilità delle persone da includere, provvede a sostituire il contratto.

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

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

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

Art. 1.15 - Foro competente

Per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato se persona fisica, oppure quello della sua sede legale se persona giuridica

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.

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it.

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

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

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

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

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

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

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

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

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede

mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Arbitrato ove prevista.

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

Art. 2. SEZIONE MALATTIA

COSA ASSICURA

Art 2.1 - Garanzia base

La Società si obbliga ad indennizzare, **sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel Questionario Sanitario, nei limiti delle garanzie e dei Massimali previsti**, le conseguenze dirette ed esclusive di una Malattia manifestatasi durante l'operatività del contratto, secondo quanto disposto dalle garanzie di seguito elencate:

- Invalidità Permanente da Malattia;
- Visite specialistiche, accertamenti diagnostici o trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di Ricovero di durata superiore a dieci giorni;
- Indennità di convalescenza a seguito di Ricovero **di durata superiore a dieci giorni**;

Si intendono inoltre sempre operanti anche le seguenti garanzie:

- Sindrome Metabolica;
- Second Opinion.

Art. 2.1.1 - Invalidità Permanente da Malattia

La Società corrisponde **entro la Somma assicurata indicata in Polizza**, l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive causate dalla singola Malattia che ha come conseguenza una Invalidità Permanente accertata secondo le percentuali indicate all'allegato A "Parametri di riferimento per la valutazione della Invalidità Permanente da Malattia" e i criteri indicati dall'Art. 4.2 Criteri di Indennizzabilità Invalidità Permanente a seguito di Malattia delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri nonché dal successivo dal successivo Art. 2.1.1.1 Determinazione dell'Indennizzo. La garanzia è prestata per la **Malattia manifestatasi dopo novanta giorni dalla data di effetto del contratto e comunque non oltre la sua scadenza**.

Art. 2.1.1.1 - Determinazione dell'indennizzo

Ogni patologia invalidante viene valutata singolarmente in caso di Malattie coesistenti. In caso di Malattie concorrenti viene valutata una invalidità complessiva.

L'Invalidità Permanente viene accertata dalla Società dopo che la stessa si è stabilizzata in un periodo compreso fra i centottanta e cinquecentoquaranta giorni dalla data di denuncia della Malattia.

La percentuale di Invalidità Permanente viene determinata ai sensi di quanto esposto all'allegato A "Parametri di riferimento per la valutazione della Invalidità Permanente da Malattia" dove sono specificati, per ogni sistema organofunzionale:

- i criteri di valutazione;
- le condizioni che determinano una percentuale di Invalidità Permanente inferiore al 25%;
- le condizioni che determinano una percentuale di Invalidità Permanente superiore al 74%.

Nel caso di Invalidità Permanente non specificata all'allegato A "Parametri di riferimento per la valutazione della Invalidità Permanente da Malattia", la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri ed ai criteri di valutazione ivi indicati, tenendo conto della diminuita capacità fisica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

La Società liquida un indennizzo secondo lo schema seguente calcolato sulla somma assicurata indicata in Polizza, fermo restando che **nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 25%.**

TABELLA 1

Gradi di invalidità permanente accertati	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Gradi di invalidità permanente accertati	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
Fino al 25%	0%	51%	52%
26%	2%	52%	54%
27%	4%	53%	56%
28%	6%	54%	58%
29%	8%	55%	60%
30%	10%	56%	62%
31%	12%	57%	64%
32%	14%	58%	66%
33%	16%	59%	68%
34%	18%	60%	70%
35%	20%	61%	72%
36%	22%	62%	74%
37%	24%	63%	76%

38%	26%	64%	78%
39%	28%	65%	80%
40%	30%	66%	82%
41%	32%	67%	84%
42%	34%	68%	86%
43%	36%	69%	88%
44%	38%	70%	90%
45%	40%	71%	92%
46%	42%	72%	94%
47%	44%	73%	96%
48%	46%	74%	98%
49%	48%	75% ed oltre	100%
50%	50%		

Qualora, a giudizio del consulente medico di UniSalute e del medico dell'Assicurato, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente il decorso della Malattia denunciata e l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di Invalidità Permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo al maggior pregiudizio. In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dalla Malattia denunciata prima dell'accertamento medico-legale disposto dalla Società, l'indennizzo per Invalidità Permanente potrà essere comunque liquidato in favore degli eredi qualora questi forniscano alla Società documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di Ricovero.

Art. 2.1.2 - Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di Ricovero di durata superiore a dieci giorni ⁶

La Società, tramite UniSalute, a seguito di Ricovero di durata superiore a dieci giorni avvenuto durante l'operatività del contratto e causato da una Malattia manifestatasi durante l'operatività dello stesso, di comune accordo con l'Assicurato, provvede alla stesura di un piano di cura che preveda l'effettuazione di visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi finalizzati alla cura della patologia che ha comportato il Ricovero e alla successiva riabilitazione.

L'Assicurato per l'effettuazione delle prestazioni indicate nel piano di cura deve avvalersi dei Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute ⁷, diversamente la presente garanzia non potrà essere attivata.

Le spese sostenute vengono liquidate direttamente ed integralmente da UniSalute al Centro Sanitario Convenzionato, senza applicazione di scoperti o di franchigie a carico dell'Assicurato.

La garanzia opererà per un periodo di trecentosessantacinque giorni successivi alla data di dimissione **e comunque non oltre la scadenza della Polizza.**

La garanzia è prestata fino al raggiungimento di € 1.500,00 per Annualità Assicurativa e per persona.

Art. 2.1.3 - Indennità di convalida a seguito di Ricovero di durata superiore a dieci giorni ⁸

⁶ *Per poter usufruire della garanzia Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di ricovero di durata superiore a dieci giorni le prestazioni devono essere eseguite obbligatoriamente presso un Istituto di Cura convenzionato con la Società?* 

Sì, per effettuare tali prestazioni l'Assicurato deve avvalersi dell'utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute. Le spese sostenute vengono liquidate direttamente ed integralmente da UniSalute al Centro Sanitario Convenzionato, senza applicazione di scoperti o di franchigie a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di utilizzare centri sanitari non convenzionati con UniSalute, la presente garanzia non potrà essere attivata.

⁷ *Come faccio a sapere quali sono i Centri Sanitari Convenzionati?* 

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

⁸ *Per poter usufruire dell'Indennità di convalida a seguito di Ricovero di durata superiore a dieci giorni il mio Ricovero deve avvenire obbligatoriamente presso un Istituto di Cura convenzionato con la Società?*



No, l'indennità viene corrisposta sia che il Ricovero sia avvenuto presso Centri Sanitari Convenzionati con la Società che presso i centri non convenzionati.

La Società, **a seguito di Ricovero di durata superiore a dieci giorni avvenuto durante l'operatività del contratto e causato da una Malattia manifestatasi durante l'operatività dello stesso**, corrisponderà all'Assicurato un'indennità giornaliera di € 50,00 per un periodo pari a quello di durata del Ricovero **con il massimo di trenta giorni per Annualità Assicurativa e per persona**.

Art. 2.1.4 - Sindrome Metabolica

La Società riconosce i seguenti parametri di riferimento per la valutazione della Sindrome Metabolica:

Sindrome Metabolica "non conclamata"

Con l'espressione Sindrome Metabolica "non conclamata" si intende la condizione clinica di persone che presentino contemporaneamente almeno tre dei seguenti sintomi/ parametri moderatamente alterati, come indicato di seguito:

- Girovita, misurato all'altezza dell'ombelico, superiore a 102 cm per l'uomo e a 88 cm per la donna, in presenza di Indice di massa corporea (calcolato dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in metri [kg/m²]) inferiore a 30;
- Pressione arteriosa tra 130 e 139,99 mmHg (massima) e tra 80 e 89,99 mmHg (minima);
- Glicemia a digiuno tra 110 e 125,99 mg/dl;
- Colesterolemia totale tra 200 e 239,99 mg/dl;
- Colesterolo HDL tra 35 e 39,99 mg/dl per l'uomo e tra 40 e 49,99 mg/dl per la donna;
- Trigliceridi tra 150 mg/dl e 199,99 mg/dl

Sindrome Metabolica "conclamata"

Con l'espressione Sindrome Metabolica "conclamata" si intende la condizione clinica di persone che presentino contemporaneamente almeno tre dei seguenti sintomi:

- Girovita, misurato all'altezza dell'ombelico, superiore a 102 cm per l'uomo e a 88 cm per la donna, in presenza di Indice di massa corporea (calcolato dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in metri [kg/m²]) superiore o uguale a 30;
- Pressione arteriosa superiore o uguale a 140 mmHg (massima) e 90 mmHg (minima);
- Glicemia a digiuno superiore o uguale a 126 mg/dl;
- Colesterolemia totale superiore o uguale a 240 mg/dl;
- Colesterolo HDL inferiore a 35 mg/dl per l'uomo e 40 mg/dl per la donna;
- Trigliceridi superiori o uguali a 200 mg/dl.

La Società, per il tramite di UniSalute al fine di appurare l'eventuale sussistenza in capo all'Assicurato della Sindrome Metabolica e degli specifici fattori di rischio, correlati spesso allo stile di vita della persona o a situazioni patologiche preesistenti, tali da determinare una situazione clinica ad alto rischio cardiovascolare, mette a disposizione dell'Assicurato le prestazioni di prevenzione di seguito elencate:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

L'Assicurato deve pertanto rivolgersi a uno dei Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute, previa prenotazione presso la Centrale Operativa.

Successivamente, **l'Assicurato deve provvedere alla compilazione e all'invio dello specifico questionario** messo a sua disposizione sul sito di UniSalute www.unisalute.it.

La Società per il tramite di UniSalute, a seguito della valutazione dei dati contenuti nel questionario, provvede:

- a) nel caso in cui risulti che l'Assicurato non si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica, a comunicare semplicemente l'esito della verifica tramite e-mail;
- b) nel caso in cui risulti che l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", a comunicargli l'esito delle valutazioni tramite e-mail ed a mettergli a disposizione le relative informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. In tal caso all'Assicurato verranno fornite alcune indicazioni utili a consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione, ecc.; l'Assicurato potrà inoltre autorizzare UniSalute a contattarlo (via e-mail e/o sms) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

La presente garanzia verrà prestata per due anni, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute;

- c) nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata", un medico di UniSalute comunicherà all'Assicurato che si trova già in una situazione di Sindrome Metabolica, e lo inviterà a contattare immediatamente lo specialista più idoneo al trattamento del caso.

La garanzia opera una sola volta per Annualità Assicurativa e in un'unica soluzione.

Art. 2.1.5 - Second Opinion ⁹

La Società si avvale di Teladoc Health International e della sua struttura organizzativa per l'erogazione all'Assicurato dei seguenti servizi:

- a) Consulenza Internazionale: rilascio di un referto scritto da parte dei medici associati a Teladoc Health International specialisti nella specifica patologia, reso sulla base dell'analisi dei referti medici prodotti

⁹ *Posso usare il servizio di Second Opinion quando ritengo di averne bisogno?* 
Sì, puoi farlo ma soltanto relativamente alle patologie espressamente elencate.

dall'Assicurato e dell'esame dei principali risultati diagnostici presentati. La relazione scritta includerà una sintesi delle informazioni riguardanti il medico interpellato sul caso, comprendente la specializzazione, la formazione e l'esperienza maturata.

- b) Trova il miglior Medico: contatto **con un massimo di tre specialisti** esperti nel trattamento di una delle malattie sotto indicate. Teladoc Health International ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, per quanto possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.
- c) Trova la migliore Cura: organizzazione di tutti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza, e fornisce un servizio di assistenza telefonica all'Assicurato 24 ore su 24. Inoltre Teladoc Health International supervisiona il corretto addebito delle prestazioni, garantendo che la fatturazione sia esatta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Teladoc Health International consente sconti significativi sulle tariffe mediche.

Il complesso delle prestazioni suindicate è fornito esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato richieda alla Società una verifica circa il responso ottenuto dai sanitari curanti relativamente ad una diagnosi o ad un'impostazione terapeutica per le seguenti patologie:

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

COSA NON ASSICURA

Art. 2.2 – Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli eventi dovuti a:

- a) malattie, malformazioni e stati patologici manifestatisi anteriormente alla stipulazione del contratto, non dichiarati dall'Assicurato alla Società;
- b) malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- c) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché ad uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- d) positività H.I.V. ed AIDS e sindrome ad esse correlate;
- e) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- f) conseguenze di azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona. Si intendono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato, del Contraente o di eventuali beneficiari dell'indennizzo;
- g) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che il danno alla salute derivi dall'esposizione a radiazioni per fini terapeutici o per l'espletamento di attività professionali in campo sanitario che comportino l'impiego di raggi x e/o di isotopi radioattivi;
- h) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, alluvioni, maremoti, eruzioni vulcaniche, intendendosi, invece, comprese quelle sofferte a seguito di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte;
- i) malattie professionali soggette all'assicurazione di legge ed elencate nel D.P.R. 30.6.1965 n.1124 e successive modifiche.

Sono inoltre escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti preesistenti alla data di decorrenza del presente contratto.

Per le maggiori somme e le diverse persone assicurate conseguenti a variazioni intervenute successivamente alla stipulazione dell'assicurazione, le disposizioni previste alla precedente lettera a) operano dalle ore 24 del giorno di pagamento della variazione anziché dalle ore 24 del giorno di stipulazione dell'assicurazione.

Art. 2.3 - Persone non assicurabili

La copertura assicurativa può essere concessa a condizione che gli Assicurati non abbiano compiuto i 65 anni di età. Qualora in corso di contratto uno degli Assicurati raggiunga il limite di età, limitatamente a questa persona, le garanzie previste cessano alla scadenza annuale successiva al compimento di detta età.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. La sopravvenienza di tali dipendenze o Malattie durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'assicurazione, limitatamente a detta persona, alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

COME PERSONALIZZARE

Art. 2.4 – Condizione Specifica (con sconto)

Il Contraente può scegliere di acquistare la Condizione Specifica di seguito proposta operante solo se indicata in Polizza.

Art. 2.4.1 - Invalidità permanente da Malattia superiore al 60%

In deroga alla “Tabella 1” riportata nell’Art. 2.1.1.1 - Determinazione dell’indennizzo, la Società liquida l’indennizzo per Invalidità Permanente da Malattia secondo le condizioni della seguente “Tabella 2”, **fermo restando che nessun indennizzo spetta all’Assicurato quando l’Invalidità Permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 60%.**

TABELLA 2

Gradi di invalidità permanente accertati	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
Fino al 60%	0%
superiore al 60%	100%

Qualora, a giudizio del consulente medico di UniSalute e del medico dell’Assicurato, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente il decorso della Malattia denunciata e l’Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di Invalidità Permanente che residuerebbero se l’Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo al maggior pregiudizio. In caso di decesso dell’Assicurato per cause indipendenti dalla Malattia denunciata prima dell’accertamento medico-legale disposto dalla Società, l’indennizzo per Invalidità Permanente potrà essere comunque liquidato in favore degli eredi qualora questi forniscano alla Società documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell’ipotesi di Ricovero.

COME ASSICURA

Art. 2.5 – Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 2.6 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto nei confronti degli eventuali responsabili della Malattia.

SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

Garanzia Base Prestazioni erogate in Italia	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi	Fino a € 1.500 per Annualità Assicurativa	Se Ricovero supera 10 giorni
Indennità da convalescenza	€ 50,00 al giorno massimo 30 giorni per Annualità Assicurativa	Se Ricovero supera 10 giorni

Art. 3. SEZIONE ASSISTENZA

COSA ASSICURA

Art. 3.1 - Garanzia base¹⁰

La Società si obbliga a mettere a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle condizioni che seguono, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenuti.¹¹

Gestione dei Sinistri ed erogazione delle Prestazioni di Assistenza

¹⁰ Cosa devo fare per utilizzare la garanzia di ASSISTENZA?

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

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

- per chi chiama dall'Italia: 800-009945 (numero verde);*
- per chi chiama dall'estero: comporre il numero +39 051-6389046.*

per le Prestazioni di Assistenza erogate in Italia di cui all'Art. 3.1 Garanzia base lettere b), c), d), e), f), g), h), i), l), m), n):

- per chi chiama dall'Italia: 800.212477 (numero verde);*
- per chi chiama dall'estero: comporre il numero +39 0516389048.*

per le Prestazioni di Assistenza erogate all'estero di cui all'Art. 3.1 Garanzia base lettere o), p), q):

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

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

¹¹ Come faccio a ricordarmi le delimitazioni e i sottolimiti presenti nelle condizioni di Assicurazione?

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

La Società, per la gestione e liquidazione dei Sinistri erogati in Italia relativi alla presente Sezione, nonché i seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero **verde 800-009945 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 d'informazione sanitaria, in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni;
- preparazione propedeutica ad esami diagnostici;
- profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero.

Prestazioni di Assistenza erogate in Italia

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

b) Consulenza medica telefonica

Nel caso in cui, in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una valutazione del proprio stato di salute, potrà contattare i medici della Centrale Operativa e chiedere un consulto telefonico.

c) Invio di un medico

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

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

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 Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa **nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 chilometri.**

e) Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a dieci giorni, la Centrale Operativa prenderà in carico un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, per permettere ad un familiare

convivente di raggiungere l'Assicurato ricoverato. **Tale prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare.**

f) Trasferimento in centro medico specializzato

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

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe e, 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.**

g) Trasmissione messaggi urgenti

Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio o malattia improvvisa, abbia necessità di comunicare con un proprio familiare in Italia e sia impossibilitato a farlo, la Centrale Operativa effettua sei telefonate nell'arco delle 24 ore successive per comunicare il messaggio alla persona da lui indicata. Analogamente, il servizio può essere utilizzato per trasmettere messaggi indirizzati all'Assicurato.

ASSISTENZA A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A CAUSA DI MALATTIA MANIFESTATASI DURANTE L'OPERATIVITA' DEL CONTRATTO DI DURATA SUPERIORE A DIECI GIORNI

A seguito di un ricovero in Istituto di cura avvenuto durante l'operatività del contratto a causa di una malattia manifestatasi anch'essa durante l'operatività del contratto **di durata superiore a dieci giorni consecutivi** la Società offre i seguenti servizi di assistenza:

h) Invio Collaboratrice domestica

UniSalute provvederà ad inviare un/una collaboratore/collaboratrice domestica, assumendone l'onorario **fino ad un massimo di 6 ore la settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 4 settimane.**

Per l'attivazione della garanzia, **l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno tre giorni** prima della data in cui l'Assicurato intende avvalersi della stessa.

i) Invio babysitter

UniSalute provvederà ad inviare un/una baby sitter, assumendone l'onorario **fino ad un massimo di 6 ore la settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 4 settimane.**

La prestazione verrà fornita unicamente qualora vi sia nel nucleo familiare un minore di anni 15 e in assenza di un familiare convivente maggiorenne.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno tre giorni prima della data in cui l'Assicurato intende avvalersi della stessa.

l) Invio badante

UniSalute provvederà ad inviare un/una badante, assumendone l'onorario **fino ad un massimo di 6 ore la settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 4 settimane.**

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno tre giorni prima della data in cui l'Assicurato intende avvalersi della stessa.

m) Invio Psicologo

UniSalute provvederà ad inviare una/uno psicologo convenzionato, specializzato nella gestione delle emergenze psicologiche, **che deciderà se ricorrono le condizioni per l'attuazione di un trattamento psicoterapico finalizzato alla cura del trauma psichico subito.**

Inoltre, nel caso di decesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa metterà a disposizione il trattamento di cui sopra per i familiari residenti con l'Assicurato al momento dell'evento, al fine della cura dei disturbi psicologici e/o psichiatrici seguenti il lutto e ad esso ascrivibili.

UniSalute terrà a proprio carico le spese relative fino alla completa guarigione del disturbo e, comunque, **non oltre i tre mesi dalla data di dimissione dal ricovero.**

n) Invio di un infermiere a domicilio

UniSalute provvederà ad inviare un/una infermiera, assumendone l'onorario **fino ad un massimo di 1 ora al giorno per quattordici giorni.**

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno tre giorni prima della data in cui l'Assicurato intende avvalersi della stessa.

Prestazioni di Assistenza erogate all'estero

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

o) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un **ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a dieci giorni**, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della Sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno **nel limite massimo di Euro 150,00 per ogni sinistro.**

p) Invio di medicinali urgenti all'estero

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

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

q) Rimpatrio sanitario

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

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

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

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

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

UniSalute offre i servizi di consulenza, di assistenza e di emergenza indicati in Polizza telefonando ai numeri della Centrale Operativa, attiva per tutto l'arco delle 24 ore, indicati di seguito:

COSA NON ASSICURA

Art. 3.2 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante per le esclusioni previste all'Art. 2.2 Esclusioni del presente Contratto.

La Centrale Operativa non eroga:

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

- b) alcun aiuto in alternativa, nemmeno a titolo di compensazione con quanto non goduto, se l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisce o usufruisce solo parzialmente delle Prestazioni di Assistenza.

Art. 3.3 – Delimitazioni

La Società:

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

COME ASSICURA

Art 3.4 – Pagamento delle Prestazioni

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

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

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

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

- siano state preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa;
- siano conseguenti ad interventi disposti dalle pubbliche autorità;

- lo stesso non abbia potuto richiedere immediatamente la Prestazione di Assistenza per cause di forza maggiore;
- le procedure da seguire per la sua attivazione impediscono alla Società di pagarle direttamente al fornitore incaricato.

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

Art. 3.5 - Validità territoriale

L'assicurazione ha validità territoriale, a seconda delle Prestazioni erogate, come indicato all'Art. 3.1. - Garanzia base.

SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

Garanzia Base Prestazioni erogate in Italia	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Rientro dal Ricovero di primo soccorso	Spese per invio di ambulanza	Per massimo km 500
Viaggio di un familiare per ospedalizzazione	Biglietto aereo (classe economica) o biglietto ferroviario (1° classe) andata e ritorno per 1 componente della famiglia	Se Ricovero supera 10 giorni
Trasferimento in centro medico specializzato	Fino al costo del trasferimento con uno dei mezzi di trasporto consentiti	-
Invio collaboratrice domestica	fino ad un massimo di 6 ore la settimana per un massimo di 4 settimane	Se Ricovero supera 10 giorni
Invio babysitter	fino ad un massimo di 6 ore la settimana per un massimo di 4 settimane	Se Ricovero supera 10 giorni e se il minore ha meno di 15 anni
Invio badante	fino ad un massimo di 6 ore la settimana per un massimo di 4 settimane	Se Ricovero supera 10 giorni
Invio Psicologo	dalla data di dimissione dal ricovero massimo 3 mesi	Se Ricovero supera 10 giorni
Invio di un infermiere a domicilio	fino ad un massimo di 1 ora al giorno per quattordici giorni	Se Ricovero supera 10 giorni

Garanzia base Prestazioni erogate all'estero	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Viaggio di un familiare all'estero	Biglietto aereo (classe economica) o biglietto ferroviario (1° classe) andata e ritorno per 1 componente della famiglia	Se Ricovero supera 10 giorni
Invio medicinali urgenti all'estero	-	Se medicinali non reperibili sul posto
Rimpatrio sanitario	Fino al costo del trasferimento con uno dei mezzi di trasporto consentiti Trasferimento sanitario nei Paesi extra-europei solo aerei di linea, classe economica	-

Art. 4. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

NORME PER LA SEZIONE MALATTIA

Art. 4.1 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro

RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

L'Assicurato deve denunciare ogni singola Malattia che, secondo il parere medico, possa provocare una invalidità permanente indennizzabile a termini di Polizza.

La denuncia deve essere fatta per iscritto a UniSalute o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la Polizza, entro trenta giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità o conoscenza.

La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato medico attestante la natura, il decorso e le presumibili conseguenze della Malattia, da originale o copia conforme delle cartelle cliniche complete ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

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

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta rimangono a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti da UniSalute, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale o copia conforme delle cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria utile per la liquidazione del sinistro, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

Qualora, in occasione del sinistro, emergessero elementi sullo stato di salute dell'Assicurato rilevanti secondo quanto previsto dall'Art. 4.2 Criteri di Indennizzabilità Invalidità Permanente a seguito di Malattia, la Società ha la facoltà di richiedere la documentazione sanitaria ad essi pertinente.

RELATIVAMENTE ALLE GARANZIA VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E/O RIABILITATIVI A SEGUITO DI RICOVERO SUPERIORE A DIECI GIORNI

Per attivare la presente garanzia, l'Assicurato o chi per esso dovrà **preventivamente contattare la Centrale Operativa** di UniSalute al numero verde **gratuito 800-009945** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 39 0516389046) **producendo il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale e specificare la prestazione richiesta**. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Riscontrata la necessità di effettuare visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi connessi al ricovero denunciato e finalizzati alla cura della patologia che ha comportato il Ricovero stesso, UniSalute provvede alla liquidazione delle spese **purché le prestazioni sanitarie siano effettuate presso Centri Sanitari Convenzionati con la stessa.**

L'Assicurato dovrà presentare al Centro Sanitario Convenzionato, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della Malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

L'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

UniSalute provvederà a liquidare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. **A tal fine l'Assicurato delega UniSalute a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di Polizza.**

Il centro sanitario non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di Polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in un Centro Sanitario Convenzionato una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato non verranno rimborsate.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti

i medici che l'hanno visitato e curato.

RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA INDENNITÀ DI CONVALESCENZA A SEGUITO DI RICOVERO DI DURATA SUPERIORE A DIECI GIORNI.

L'Assicurato dovrà inviare ad UniSalute all'indirizzo UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO oppure all'Agenzia il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale e della documentazione rilasciata dal medico curante da cui risulti la necessità di un periodo di convalescenza successivamente alle dimissioni.

RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare lo specifico questionario raggiungibile cliccando su www.unisalute.it, registrandosi all' "Area Clienti" e confermare il suo invio ad UniSalute. UniSalute provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro due giorni comunicherà all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite e-mail mettendo a disposizione le relative informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA SECOND OPINION

Qualora l'Assicurato avverta l'esigenza di sottoporre i responsi ricevuti dai propri medici curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, all'autorevole verifica da parte dei migliori esperti delle diverse discipline specialistiche, **dovrà contattare direttamente la Centrale Operativa di UniSalute attraverso il numero verde 800-009945**. 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 alla Compagnia 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 del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

Art. 4.2 - Criteri di Indennizzabilità Invalidità Permanente a seguito di Malattia

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive causate dalla singola Malattia denunciata.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, **oltre a quanto disposto dall'Art. 2.2 "Esclusioni", è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.**

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da Malattia già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

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

Se invece la precedente Malattia ha determinato una invalidità non indennizzata perché l'invalidità da essa residua è stata ritenuta inferiore alla franchigia, nel caso gli esiti della nuova Malattia concorrano con quelli precedentemente accertati, la valutazione andrà effettuata considerando anche il maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Art. 4.3 – Arbitrato irrituale

Fermo il diritto delle parti di adire l'Autorità giudiziaria, in caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro o sull'entità dell'invalidità, le Parti possono demandare per iscritto la decisione ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Qualora la richiesta di convocazione del Collegio Medico sia fatta dall'Assicurato, la Società si obbliga ad aderirvi.

Il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza anagrafica dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato; l'onere delle spese e competenze per il terzo medico rimane sempre a carico della Parte soccombente.

I risultati delle operazioni del Collegio Medico devono essere raccolti in un apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle Parti.

Art. 4.4 - Gestione dei documenti di spesa

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

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

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

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

Art. 4.5 - Pagamento dell'Indennizzo

La Società liquida l'indennizzo spettante all'Assicurato, o ai suoi eredi legittimi o testamentari, in relazione alle richieste di rimborso entro 30 giorni dalla presentazione di tutti i documenti completi dalla stessa richiesti e come indicato all'Art. 4.1 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro, salvo che non ricorra alcuno dei casi di non indennizzabilità previsti dal contratto.

In caso di ricorso all'arbitrato irrituale, di cui al precedente Art. 4.3 Arbitrato irrituale, la Società liquida l'indennizzo entro 30 giorni dall'esito della procedura.

NORME PER LA SEZIONE ASSISTENZA

Art. 4.6 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro

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

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

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

Art. 4.7 - Modalità per richiedere le Prestazioni di Assistenza

Per ogni richiesta di assistenza l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute.

I numeri da contattare sono i seguenti:

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

Per chi chiama dall'Italia: **800-009945** (numero verde);

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

per le Prestazioni di Assistenza erogate in Italia di cui all'Art. 3.1 Garanzia base lettere b) c), d), e), f), g), h), i), l), m), n):

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

per chi chiama dall'estero: comporre il numero **+39 0516389048**.

per le Prestazioni di Assistenza erogate all'estero di cui all'Art. 3.1 Garanzia base lettere o), p), q):

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

Art. 4.8 – Pagamento dell'Indennizzo

Qualora la Centrale Operativa, ai sensi dell'art. 3.4, Pagamento delle Prestazioni, abbia autorizzato l'Assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza, salvo che non ricorra alcuno dei casi di non indennizzabilità previsti dal contratto la Società rimborsa le spese sostenute e autorizzate entro 30 giorni dal ricevimento degli originali dei documenti fiscali atti a dimostrare che ha effettivamente sostenuto la spesa.

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

Testo articoli del Codice Civile richiamati nel contratto.

CODICE CIVILE

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

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento (1441 c.c. ss.) del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave (1893, 1894).

L'assicuratore decade (2964 c.c. ss.) 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 (1932).

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 (1892, 1894). 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 (1932).

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 articoli 1892 e 1893.

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 (c. 1892, 1926).

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

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

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

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

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

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

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto (1453) 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, 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.

PARAMETRI DI RIFERIMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTI

In relazione a quanto previsto nell' Art. 2.1.1.1 - Determinazione dell'indennizzo, i criteri ed i parametri per la liquidazione dell'indennizzo sono quelli di seguito elencati:

SISTEMA NERVOSO CENTRALE

I postumi delle malattie che colpiscono il cervello, il cervelletto ed il midollo spinale quali ad esempio le encefaliti, le meningiti, la sclerosi a placche, il Parkinson, l'epilessia, l'ictus cerebrale, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione

- disturbi del linguaggio;
- disturbi delle funzioni cerebrali complesse integrate, realizzanti la sindrome ce-rebrale organica;
- disturbi della coscienza;
- disturbi episodici (in particolare: sincopi, convulsioni e crisi epilettiche);
- disturbi della statica e della marcia;
- disturbi neurologici vescicali, rettali, sessuali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni: • il soggetto comprende l'eloquio, ma non può produrre un linguaggio appropriato; • il soggetto presenta alterazioni delle funzioni cerebrali integrate complesse tanto da necessitare di un controllo o supervisione per incombenze particolari; • disordini neurologici che comportano una moderata alterazione cronica dello stato di coscienza; • disturbi episodici riferibili a sincopi, crisi epilettiche, convulsioni;	I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni: • il soggetto non può comprendere o produrre un linguaggio comprensibile con impossibilità completa a comunicare; • il soggetto non può prendere cura di sè stesso nella maggior parte delle situazioni giornaliere; • disordini neurologici cronici che comportano uno stato stuporoso persistente; • episodi sincopali e/o epilettiche/o convulsivi frequenti, non controllabili dalla terapia e tali da limitare grandemente le attività della vita di ogni giorno; • il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma è assolutamente incapace a deambulare;

• il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma cammina con difficoltà su superfici piane; • presenza di attività vescicale e rettale riflessa, con marcata riduzione del controllo volontario.	• alterazione della motilità degli arti inferiori con scomparsa dei riflessi e del controllo degli sfinteri vescicale e rettale e perdita della funzione sessuale.
--	--

APPARATO CARDIO-VASCOLARE

I postumi delle malattie che colpiscono il cuore, le arterie e le vene quali ad esempio l'angina pectoris, l'infarto, le pericarditi, le cardiomiopatie, gli aneurismi, le trombosi, le tromboflebiti, ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- Classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla New York Heart (NYHA): classe 1: l'attività fisica abituale non provoca affaticamento né palpitazioni; classe 2: l'attività fisica abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso; classe 3: a riposo i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già una attività fisica inferiore a quella abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso; classe 4: i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo. Ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi;
- Pressione arteriosa;
- Efficacia della terapia medica e chirurgica;
- Criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni: • soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabile da adeguata terapia; • soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeutamente, ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia; • soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeutamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50%, di una sola arteria coronarica; • soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeutamente, ma in	I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni: • soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica; • soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeutamente, e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente; • soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeutamente, e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia anti ipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva;

presenza di angioplastica o di bypass coronarico; • oggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeutamente, ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva; • oggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeutamente, ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia anti ipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso; • soggetto con persistenti aritmie non correggibile terapeutamente, ma che riesce comunque a condurre una vita attiva.	• soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeutamente, e con segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva; • soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeutamente, e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.
--	--

APPARATO RESPIRATORIO

I postumi delle malattie che colpiscono la laringe, i bronchi, i polmoni, la pleura ed il mediastino quali ad esempio le bronchiti croniche, l'asma bronchiale, l'enfisema polmonare, l'edema polmonare, l'infarto polmonare, le pleuriti, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici: FVC, FVC 1, FVC 1/FVC. Tali parametri debbono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente broncospastica, dopo test di broncodilatazione. I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA previsti per un soggetto di pari età e sesso;
- concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO₂) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di pari età;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
I postumi della malattia comportano una alterazione, nella misura prevista, di uno soltanto o di nessuno dei tre parametri spirometrici indicati: • FVC inferiore al 70% del valore teorico CECA; • FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA; • FVC 1/FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA oppure • PaO₂ superiore all'80% del valore teorico.	I postumi della malattia comportano una alterazione, nella misura prevista, di almeno due dei tre parametri spirometrici indicati: • FVC inferiore al 50% del valore teorico CECA; • FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA; • FVC 1/FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA oppure • PaO₂ inferiore al 65% del valore teorico.

APPARATO DIGERENTE

I postumi delle malattie che colpiscono l'esofago, lo stomaco, l'intestino, il fegato ed il pancreas quali ad esempio le esofagiti, le malattie ulcerose, il morbo di Crohn, le epatiti e le pancreatiti acute e croniche, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- efficaci del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con esami radiologici e/o endoscopici e/o laboratoristici;
- variazione del peso corporeo in riferimento a quello teorico
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREASI postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato sono controllati agevolmente dalla terapia e/o da modeste restrizioni dietetiche e la perdita di peso determinata dalla malattia non supera il 10% del valore teorico e nel caso di malattie pancreatiche croniche, non sono documentati episodi di recidive.	ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato non sono controllabili dalla terapia medica nè dalla dieta, non sono correggibili da ulteriori interventi chirurgici ed impediscono lo svolgimento della maggior parte delle attività abituali e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.
COLON, SIGMA E RETTO I postumi della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi soggettivi modesti e saltuarie alterazioni dell'alvo (tre scariche diarroiche dia) e il trattamento prevede restrizioni alimentari ed una terapia farmacologica solo sintomatica.	COLON, SIGMA E RETTO I postumi organici della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi severi, una persistente alterazione dell'alvo e manifestazioni generali quali ad esempio febbre ed anemia cronica e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.
FEGATO	FEGATO Sono presenti dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di importante insufficienza della funzionalità epatica

I dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica non si correlano a manifestazioni cliniche di insufficienza epatica e non sono documentati precedenti episodi di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e i postumi della malattia non compromettono lo stato di nutrizione.	e sono documentati episodi recidivanti e non controllabili da adeguate terapie di ascite o di sanguinamento da varici dal tubo digerente o di encefalopatia epatica e lo stato di nutrizione è gravemente compromesso.
--	--

APPARATO URINARIO

I postumi delle malattie che colpiscono i reni, gli ureteri, la vescica e l'uretra, quali ad esempio le nefriti, le pielonefriti, la calcolosi renale, l'insufficienza renale, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- determinazione della clearance della creatinina (valori corretti in base alla superficie corporea);
- valori diastolici della pressione arteriosa
- determinazione quantitativa della proteinuria;
- efficacia del trattamento medico e chirurgico;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
Clearance creatinina superiore a 50 ml/min. oppure Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min. con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100 mmHg), senza adeguata terapia oppure sindrome nefrosica parzialmente controllata dalla terapia, con valore di proteinuria persistente inferiore a 2,5 gr/die.	Clearance creatinina inferiore a 20 ml/min. oppure Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiori a 115 mmHg), non controllabile da adeguata terapia oppure sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die.

SISTEMA ENDOCRINO

I postumi delle malattie che colpiscono le ghiandole endocrine, quali ad esempio le tiroiditi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le malattie delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia in base ad esami di laboratorio oppure diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e dalla dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabete dipendenti.	La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico oppure la malattia di per sé controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%.

SISTEMA ENDOCRINO

I postumi delle malattie che colpiscono le ghiandole endocrine, quali ad esempio le tiroiditi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le malattie delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- efficaci del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia in base ad esami di laboratorio oppure diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e dalla dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabete dipendenti.	La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico oppure la malattia di per sé controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%.

SISTEMA EMATOPOIETICO E LINFATICO

I postumi delle malattie che colpiscono il midollo osseo, la milza e le ghiandole linfatiche, quali ad esempio le anemie, le leucemie, i tumori in genere, verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- efficaci del trattamento terapeutico medico chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
Anemia cronica con valori di emoglobinemia non inferiore a gr. 10/100 ml., non necessita di emotrasfusioni oppure sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia oppure leucemia linfatica cronica in 1° stadio oppure leucemia mieloide cronica controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale.	Anemia cronica con valori di emoglobinemia inferiori a gr. 10/100 ml., con necessità di emotrasfusioni periodiche (2-3 unità ogni 4-6 settimane) oppure presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa oppure leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa.

MALATTIE NEOPLASTICHE

I postumi di tutte le forme tumorali maligne o benigne con comportamento biologico aggressivo, che colpiscano qualsiasi organo, apparato o sistema, verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- gli esiti obiettati a carico dell'organo o apparato o sistema colpito, dopo le cure mediche e/o chirurgiche;
- la prognosi in riferimento alle ulteriori possibilità terapeutiche ed alle eventuali localizzazioni metastatiche.
 - A. Se la malattia neoplastica è stata adeguatamente curata con terapia medica e/o chirurgica, ed al momento della valutazione non vi sono segni laboratoristici e/o strumentali di diffusione metastatica, la valutazione dell'invalidità permanente è fatta in riferimento alla condizione menomativa accertabile in quel momento degli organi, apparati o sistemi interessati.

Se la malattia neoplastica comporta al momento della valutazione una prognosi a breve termine sfavorevole per la vita, o perché non più suscettibile di trattamento risolutivo o perché è presente una diffusione metastatica, verrà riconosciuta una invalidità superiore al 74% indipendentemente dalle alterazioni funzionali obiettivabili.

INFORMATIVA PRIVACY

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

Gentile Cliente,

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

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

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

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione⁽⁴⁾; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽⁵⁾. In assenza di tali dati non saremo 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., inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'“Area riservata” del sito UniSalute, o utilizzando la fotocamera dello *smartphone* per l'App) sono necessari per dare corso alle prestazioni previste dalla Sua polizza e per fornirLe i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite) e per adempimenti normativi⁽⁶⁾. Il conferimento di questi dati è necessario per poterLe fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso Suo o del Suo eventuale familiare/convivente interessato⁽¹²⁾⁽⁸⁾.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

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

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

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

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato dalle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto⁽⁹⁾. I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali e assicurativi (di regola, 10 anni).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

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

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

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

Note

- 1) In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi.
- 2) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 3) Rientrano nelle categorie particolari di dati personali non solo quelli relativi alla salute, ma anche i dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, le opinioni politiche, l'appartenenza sindacale, nonché i dati genetici o biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona e i dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 5) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.
- 6) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it
- 7) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, da soggetti che fanno parte della c.d. “catena assicurativa” come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.
- 8) Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria).
- 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.

