



ASSICURAZIONE SANITARIA

UniSalute STUDENTE

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 del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti)
- MODULO DENUNCIA SINISTRO
- 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 Studente"

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

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

Che tipo di assicurazione è?

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



Che cosa è assicurato?

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

SPESE SANITARIE:

- ✓ **Ricovero urgente all'estero:** le spese mediche per Ricovero urgente in Istituto di cura all'Estero incluse le spese pre e post Ricovero.
- ✓ **Indennità giornaliera:** per le ipotesi di Ricovero diverse dal Ricovero Urgente all'estero, è prevista l'erogazione di un indennizzo per ogni giorno di ricovero.
- ✓ **Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e video consulti:** le spese per accertamenti diagnostici e per visite effettuate da medico specialista, incluse le visite nella modalità di video consulto.
- ✓ **Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio:** le spese per le terapie fisiche riabilitative a seguito di infortunio in presenza di certificato di Pronto Soccorso.
- ✓ **Visita medico sportiva agonistica:** le spese per la visita necessaria al rilascio del certificato di idoneità agonistica eseguita da medico specialista.
- ✓ **Prestazioni a Tariffe Agevolate:** sono previste tariffe agevolate nelle Strutture convenzionate, qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario, o per esaurimento massimale o importo inferiore ai limiti contrattuali.
- ✓ **Servizi di consulenza e assistenza:** sono forniti servizi di consulenza telefonica e assistenza sia in Italia che all'Estero.

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

Per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Malattia o Infortunio (compreso l'evento parto).
- ✗ Non sono assicurabili, coloro i quali abbiano sofferto delle seguenti patologie:
 - Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza;
 - -Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
 - Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
 - Pancreatite acuta e cronica;
 - Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza;
 - Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
 - Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
 - sieropositività all'HIV;
 - persone che siano riconosciute invalidi civili per una percentuale superiore al 60%.

e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi qualora sia stata stipulata in presenza di una delle malattie sopra indicate.

- ✗ Non sono assicurabili coloro i quali abbiano superato i seguenti limiti di età:
L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 30° anno di età dell'Assicurato, e la Società non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto 31 anni.



Ci sono limiti di copertura?

! Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Scoperti (espressi in percentuale) e Franchigie (esprese in cifra fissa) e massimali specifici per garanzia, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

! Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo che queste non siano derogate dalle singole garanzie):

- ✗ le conseguenze dirette di infortuni nonché le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti dall'Assicurato alla Società;
- ✗ le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni.
- ✗ la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- ✗ tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine

la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;

- ✘ le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- ✘ i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuate anche in regime ambulatoriale;
- ✘ gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- ✘ i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- ✘ gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- ✘ il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- ✘ gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- ✘ gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- ✘ gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- ✘ le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- ✘ le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- ✘ le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- ✘ le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
- ✘ le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- ✘ tutte le terapie mediche;
- ✘ le conseguenze dirette o indirette di pandemie;
- ✘ le prestazioni sanitarie effettuate in modalità a distanza, tramite il ricorso a tecnologie informatiche (videoconsulto e/o teleconsulto).



Dove vale la copertura?

La copertura vale nel mondo intero.



Che obblighi ho?

Le dichiarazioni rese alla Compagnia ai fini della valutazione del rischio, devono essere necessariamente esatte e complete.

L'assicurato, o il contraente, deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento o diminuzione del Rischio.

Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile.



Quando e come devo pagare?

Il versamento del Premio può essere effettuato mediante addebito sul conto corrente, se il Contraente, al momento della stipula del contratto, autorizza la banca, "in conformità alla Normativa vigente in materia di addebiti diretti" con particolare riguardo alla rinuncia alla facoltà di cui all'art. 13, comma 4, del d.lgs. n. 11/2010, ad addebitare il conto corrente indicato per il Premio alla firma di questo contratto e per i premi successivi. L'eventuale estinzione del conto corrente o la revoca dell'autorizzazione di addebito, deve essere comunicata alla Compagnia almeno 30 (trenta) giorni prima scadenza annuale del contratto. Il Contraente è tenuto a concordare con la Compagnia la nuova forma di pagamento del Premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto si perfeziona solo nel momento in cui il pagamento del Premio sia andato a buon fine. Pertanto, salvo che sia diversamente convenuto, se il pagamento del Premio o della rata di Premio è andato a buon fine l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato sul contratto come data di decorrenza, diversamente ha effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui il pagamento del Premio sia effettivamente andato a buon fine.

Se il Contraente non paga le rate di Premio successive alla prima, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° (trentesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24:00 del giorno in cui il pagamento del Premio sia stato effettuato, ferme le successive scadenze.

La durata del presente contratto è annuale, viene concordata tra le parti al momento della sottoscrizione dello stesso e viene indicata sulla Polizza.

Il contratto è con tacito rinnovo pertanto, **in assenza di disdetta** da parte dell'Assicurato o da parte della Compagnia, la durata del contratto viene **prorogata per 1 (uno) Anno** e così successivamente.



Come posso disdire la polizza?

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del contratto.

Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

Unisalute S.p.a.
Prodotto Unisalute Studente

Data: 15/06/2023- 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 2022, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 241,1 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 102,2 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 2022, è pari ad € 95,90 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 27,18 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 214,69 milioni e ad € 210,85 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2022, pari a 2,24 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

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

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO: non previste

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: non previste



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

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

LIMITAZIONI

Ricovero urgente all'estero: le spese in strutture private non convenzionate con la Società sono rimborsate senza scoperti o franchigie. Il massimale annuo assicurato ammonta ad € 50.000,00 per persona.

Indennità giornaliera da ricovero: è prevista l'erogazione di un indennizzo giornaliero di € 60,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 5 giorni per ogni ricovero.

Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e video consulti: le spese in strutture private non convenzionate con la Società sono rimborsate con uno scoperto del 20% con una franchigia di € 60,00. Il massimale annuo per le visite specialiste e gli accertamenti diagnostici ammonta a € 500,00 per persona. Il servizio di video consulti è prestato esclusivamente nei centri convenzionati con la Società senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Il massimale annuo per i video consulti ammonta a € 500,00 per persona.

Trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio: le spese in strutture private non convenzionate con la Società sono rimborsate con uno scoperto del 25% con una franchigia di € 70,00 per fattura/persona. La garanzia prevede un massimale annuo di € 2.000,00.

Visita medico sportiva agonistica: è previsto il rimborso di una visita l'anno con un massimale di € 50,00.

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

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


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




Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: Entro 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto, è possibile richiedere rimborso alla Società.</p> <p>E' possibile chiedere la prenotazione o comunicare l'appuntamento delle prestazioni extraricovero sul sito www.unisalute.it utilizzando la funzione "Fai una nuova prenotazione" disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti, oppure è possibile accedere ai servizi di prenotazione attraverso l'app "UniSalute Up" che si può scaricare direttamente su App Store e Play Store.</p> <p>In caso di ricovero, o nel caso in cui non possa accedere ad internet o non possa scaricare la app "UniSalute Up", l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa (al numero verde dedicato indicato in polizza).</p> <p>In caso di sinistro relativo alle garanzie Ricovero ed Extraricovero l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico, oppure può utilizzare la app "UniSalute Up", e caricare la foto delle fatture e dei documenti richiesti per il rimborso.</p> <p>E' possibile comunque richiedere il rimborso inviando il modulo di denuncia del sinistro, copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute, prescrizione contenente la patologia presunta o accertata, certificato di Pronto Soccorso (in caso di prestazioni extraricovero, dove previsto dalle singole garanzie) o copia della cartella clinica (in caso di prestazioni di ricovero) all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO. Si intendono gli invii esclusivamente tramite posta, sono esclusi gli invii tramite servizio Corrieri.</p>
	<p>Il contratto prevede inoltre, in caso di esaurimento massimale o importo inferiore ai limiti contrattuali o per prestazioni non in copertura, la possibilità di richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente</p>

	<p>risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto. Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad Unisalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: La gestione dei Sinistri avvenuti all'estero relativi alla garanzia Servizi di assistenza è affidata a Unipol Assistance S.c.r.l. società non assicurativa.</p>
	<p>Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI
Obblighi dell'impresa	La Società si impegna a pagare il Sinistro all'Assicurato entro 30 giorni da quando il medesimo è stato definito previo accordo o all'esito della procedura arbitrale, dietro presentazione della documentazione richiesta e salvo che non ricorra una delle esclusioni contrattualmente previste.

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

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Il contratto prevede in relazione ad alcune delle prestazioni fornite 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.</p> <p>La garanzia decorre dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> - del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni - del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie; - del 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza; - del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipulazione della polizza; - del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie da puerperio; - del 1° giorno del VI anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le infezioni da HIV
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Invio della disdetta	La disdetta deve essere inviata almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto tramite lettera raccomandata e/o fax e/o pec. <ul style="list-style-type: none"> - Sede legale e Direzione Generale: Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia); - Fax: +39 051 320961; - indirizzo di posta elettronica certificata: unisalute@pec.unipol.it.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI



A chi è rivolto questo prodotto?

<p>Contraenti persone fisiche o giuridiche che intendono assicurare una o più persone fisiche, principalmente in relazione al rimborso di spese sanitarie sostenute a seguito di Ricovero urgente all'estero; Visite specialistiche e accertamenti diagnostici; Trattamenti Fisioterapici da Infortunio.</p> <p>L'esigenza principale è quella di protezione contro i rischi malattia/infortuni e l'ottenimento di prestazioni di assistenza.</p>



Quali costi devo sostenere?

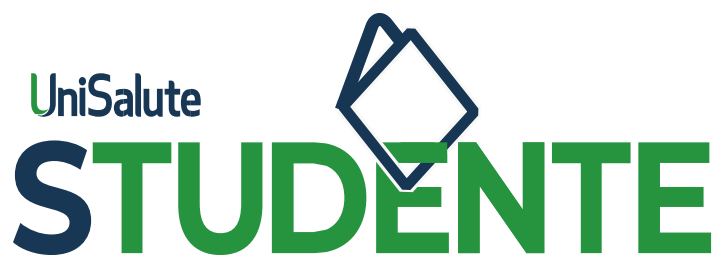
<p>Costi di intermediazione</p> <p>La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 24,00% del Premio imponibile.</p>
--

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it.</p> <p>I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela</p> <p>I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.</p> <p>I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p> <p>Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni</p> <p>Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.</p> <p>I reclami indirizzati all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS,</p>

	<p>contengono:</p> <p>a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;</p> <p>b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</p> <p>c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;</p> <p>d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;</p> <p>e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</p> <p>Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):</p>	
Mediazione	<p>Interpellando tramite un avvocato di fiducia un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</p> <p>Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> - Arbitrato irrituale: ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica possono essere demandate a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. - Commissione paritetica: La risoluzione delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione delle clausole contrattuali è demandata altresì alla apposita Commissione paritetica. - Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

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



ASSICURAZIONE SANITARIA

UniSalute **STUDENTE**

Contratto di assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 02494 / 000 / 00000 / H - Ed. 15/06/2023

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

INDICE

GLOSSARIO.....	3
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	9
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	9
1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	9
2. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI.....	9
3. DURATA DELL' ASSICURAZIONE / TACITO RINNOVO DELL' ASSICURAZIONE ¹ 🔍	10
4. DISDETTA DEL CONTRATTO	10
QUANDO E COME DEVO PAGARE	10
5. PREMIO ² 🔍	10
CHE OBBLIGHI HO	11
6. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE.....	11
ALTRE NORME	11
7. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	11
8. ALTRE ASSICURAZIONI	11
9. ONERI FISCALI	11
10. FORO COMPETENTE.....	11
11. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	11
12. OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE	12
13. LEGISLAZIONE APPLICABILE	12
14. REGIME FISCALE	12
15. RECLAMI	12
SEZIONE MALATTIA O INFORTUNIO	14
COSA ASSICURA	14
16. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	14
17. RICOVERO.....	14
17.1 RICOVERO URGENTE ALL'ESTERO	14
17.2 TRASPORTO SANITARIO	15
17.3 RIMPATRIO DELLA SALMA	16
17.4 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	16
17.5 MASSIMALE ASSICURATO	16
TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI.....	17

COSA ASSICURA	19
19. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	19
20. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VIDEO CONSULTI	19
21. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO	21
22. VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA	21
TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI	22
CHE COSA NON E' ASSICURATO	23
23. PERSONE NON ASSICURABILI	23
24. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE	23
COME ASSICURA	25
25. PERSONE ASSICURATE	25
26. LIMITI DI ETÀ	25
27. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	25
28. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA	25
DOVE VALE LA COPERTURA?	27
29. ESTENSIONE TERRITORIALE	27
NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	28
30. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	28
31. DENUNCIA DEL SINISTRO	28
32. SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ	28
33. SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ	29
34. SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	30
35. PAGAMENTO DEL SINISTRO	30
36. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	30
37. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	31

GLOSSARIO

Aborto

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

Aborto spontaneo

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

Aborto terapeutico

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

Anno

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

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza

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

Assistenza Infermieristica

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

Centrale Operativa/Struttura organizzativa

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

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

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

Contraente

Il soggetto correntista che stipula la polizza.

Difetto fisico

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

Dipendenti e collaboratori

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

Documentazione sanitaria

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

FIN-NET

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

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Imprese di assicurazione

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

Indennità giornaliera

Indennizzo di un importo giornaliero per ricovero in Istituto di cura.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

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

Intermediari

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

Intermediari iscritti nell'elenco annesso

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

Intervento chirurgico

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

Istituto di Cura

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

Ivass

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

Lettera di Impegno

Documento con cui l'Assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Società.

Libera professione intramuraria

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

Lite transfrontaliera

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

Malattia

Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.

Malformazione

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

Massimale

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

Mediatore

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

Medicinale

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

Medicina non ufficiale

Insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute dalla Medicina Ufficiale o Accademica

Pandemia

Manifestazione collettiva d'una malattia con tendenza a diffondersi rapidamente

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

Presa in carico

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

Reclamo

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

Reclamante

Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, dell'eventuale intermediario assicurativo, ad esempio il contraente, l'assicurato, il beneficiario e il danneggiato.

Registro

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

Retta di degenza

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

Ricovero

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

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scoperto

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

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Società.

Società

UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Struttura sanitaria convenzionata

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

Tariffa Agevolata

Importo per prestazioni in strutture sanitarie convenzionate, riservate all'Assicurato che non può usufruire dell'erogazione diretta da parte della Società.

Terapie mediche

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

Termini di aspettativa

Periodo contrattuale per il quale non è garantita la copertura sanitaria per la malattia/parto.

Visita medica specialistica

La prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale.

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

Videoconsulto / Teleconsulto

Prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per controllo, monitoraggio, lettura referti o prescrizioni di terapie in modalità a distanza, tramite il ricorso a tecnologie informatiche

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto si perfeziona solo nel momento in cui il pagamento del Premio sia andato a buon fine. Pertanto, salvo che sia diversamente convenuto, se il pagamento del Premio o della rata di Premio è andato a buon fine l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato sul contratto come data di decorrenza, diversamente ha effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui il pagamento del Premio sia effettivamente andato a buon fine.

Se il Contraente non paga le rate di Premio successive alla prima, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° (trentesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24:00 del giorno in cui il pagamento del Premio sia stato effettuato, ferme le successive scadenze.

2. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipulazione della polizza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie da puerperio;
- del 1° giorno del VI anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le infezioni da HIV.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra emessa dalla medesima Società riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano:

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

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

3. DURATA DELL' ASSICURAZIONE / TACITO RINNOVO DELL' ASSICURAZIONE ¹

La durata del presente contratto è annuale, viene concordata tra le parti al momento della sottoscrizione dello stesso e viene indicata sulla Polizza.

Il contratto è con tacito rinnovo pertanto, in assenza di disdetta da parte dell'Assicurato o da parte della Compagnia, la durata del contratto viene prorogata per 1 (uno) Anno e così successivamente.

4. DISDETTA DEL CONTRATTO

La disdetta deve essere inviata almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del contratto tramite:

- Lettera raccomandata da inviare alla Sede legale e Direzione Generale: Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia);
- indirizzo di posta elettronica certificata: unisalute@pec.unipol.it.

QUANDO E COME DEVO PAGARE

5. PREMIO ²

Il versamento del Premio può essere effettuato mediante addebito sul conto corrente, se il Contraente, al momento della stipula del contratto, autorizza la banca, "in conformità alla Normativa vigente in materia di addebiti diretti" con particolare riguardo alla rinuncia alla facoltà di cui all'art. 13, comma 4, del d.lgs. n. 11/2010, ad addebitare il conto corrente indicato per il Premio alla firma di questo contratto e per i premi successivi. L'eventuale estinzione del conto corrente o la revoca dell'autorizzazione di addebito, deve essere comunicata alla Compagnia almeno 30 (trenta) giorni prima scadenza annuale del contratto. Il Contraente è tenuto a concordare con la Compagnia la nuova forma di pagamento del Premio.

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivo di oneri fiscali, corrisponde al seguente importo € 300,00 per Assicurato.

Nel caso di più assicurati, verranno applicati su tutti i premi i seguenti sconti:

- 2 assicurati: 10%;
- 3 assicurati: 15%;
- 4 assicurati: 25%;
- 5 - 10 assicurati: 30%.

¹ La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in polizza?

Il contratto è stipulato "con tacita proroga", quindi la copertura prosegue alla scadenza per un ulteriore anno e così successivamente, fino a quando il Contraente non deciderà di dare disdetta con preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni rispetto alla data di scadenza del contratto stesso.

² Cos'è il premio?

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

CHE OBBLIGHI HO

6. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE

L'Assicurato o il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del Rischio.

Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile.

Il diritto all'Indennizzo non viene pregiudicato in caso di aggravamento di Rischio non comunicato in buona fede dall'Assicurato.

ALTRE NORME

7. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

8. ALTRE ASSICURAZIONI

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

9. ONERI FISCALI

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

10. FORO COMPETENTE

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

11. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

12. 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.

13. LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

14. REGIME FISCALE

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

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

- a) rimborso spese sanitarie: 2,5%
- b) assistenza: 10%

15. 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 https://commission.europa.eu/index_en 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 negoiazione 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.

SEZIONE MALATTIA O INFORTUNIO

COSA ASSICURA

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

16. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- Ricovero urgente all'estero
- Indennità giornaliera

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

Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

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

17. RICOVERO

17.1 RICOVERO URGENTE ALL'ESTERO

Nel caso di Ricovero avvenuto all'estero, per un evento non differibile nel tempo, in seguito a Malattia in fase acuta o infortunio avvenuto all'estero durante l'operatività del contratto la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.**
La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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

Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, le relative spese sono liquidate dalla Società con il massimo di 2.500 euro per ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

c) Assistenza medica, medicinali, cure (standard)

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

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 200,00 al giorno.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

e) Accompagnatore

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

Nel caso di Ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. **Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.**

17.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.000,00 per Ricovero.

17.3 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero **durante un Ricovero**, la Società Rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel **limite di €. 1.500,00 per anno assicurativo e per persona**.

17.4 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato integralmente, ad eccezione delle seguenti:

- **punto "Ricovero Urgente all'estero":**
 - lett. d) "Retta di degenza";
 - lett. e) "Accompagnatore";
 - lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";
- **punto "Trasporto sanitario";**
- **punto "Rimpatrio della salma";**
che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

17.5 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a €. 50.000,00 per persona.

18. INDENNITA' GIORNALIERA

In caso di Ricovero in istituto di cura, per eventi diversi da Ricovero urgente all'estero previsto all'articolo 17.1, l'Assicurato avrà diritto a **un'indennità di €. 60,00 per ogni giorno di Ricovero per un periodo non superiore a 5 giorni per ogni Ricovero**.

La garanzia viene erogata indipendentemente dal fatto che il Ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni assicurate	Rif. Articolo	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri convenzionati	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri non convenzionati	Franchigie e Scoperti in SSN	Limiti	
					Sottomassimale	Massimale
RICOVERO URGENTE ALL'ESTERO	17.1	Erogatore non previsto	Rimborso integrale	Erogatore non previsto		Massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie pari a € 50.000,00 per persona
<u>Pre ricovero</u>	a)	Erogatore non previsto	Rimborso integrale	Erogatore non previsto		
<u>Intervento chirurgico</u>	b)	Erogatore non previsto	Rimborso integrale	Erogatore non previsto		
<u>Assistenza medica, medicinali, cure</u>	c)	Erogatore non previsto	Rimborso integrale	Erogatore non previsto		
<u>Rette di degenza</u>	d)	Erogatore non previsto	Limite di € 200 al giorno	Non prevista		

<u>Accompagnatore</u>	e)	Erogatore non previsto	Sottolimito di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero	Erogatore non previsto	
<u>Assistenza infermieristica privata individuale</u>	f	Erogatore non previsto	Sottolimito di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero	Erogatore non previsto	
<u>Post ricovero</u>	g	Erogatore non previsto	Rimborso integrale 100 giorni successivi al ricovero	Erogatore non previsto	
<u>TRASPORTO SANITARIO</u>	17.2	Erogatore non previsto	Sottolimito di € 1.000,00 per ricovero	Erogatore non previsto	
<u>RIMPATRIO DELLA SALMA</u>	17.3	Erogatore non previsto	Limite di € 1.500,00 per anno assicurativo e per persona	Erogatore non previsto	

COSA ASSICURA

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

19. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e video consulti;
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
- Visita medico sportiva agonistica.

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

a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ³ 🔍

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

c) Servizio Sanitario Nazionale

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

20. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VIDEO CONSULTI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici **conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.** Rientra in **garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.**

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 21, la Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche nella modalità di video consulto. **Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.**

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

3 Come faccio a sapere quali sono le Strutture Sanitarie convenzionate con UniSalute?

Per conoscere l'elenco delle Strutture Sanitarie e dei medici convenzionati con UniSalute è sufficiente consultare il sito www.UniSalute.it

Attenzione: non basta che sia solo la struttura a essere convenzionata con UniSalute ma è necessario che lo sia anche il medico che esegue le prestazioni.

Le prestazioni di video consulto garantiscono il dialogo a distanza con uno specialista convenzionato, in tutti i casi in cui non sia necessario un contatto fisico, ad esempio per condividere i risultati di esami o referti, avere risposte a dubbi e domande sulle terapie, dialogare con il medico per eventuali approfondimenti.

Per poter usufruire della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa UniSalute per richiedere la prenotazione del video consulto con professionisti specializzati, utilizzando il numero verde indicato nel Piano Sanitario.

Al fine dell'attivazione è necessario fornire un indirizzo email al quale verrà inviato il link a cui è possibile collegarsi per il video consulto, utilizzando il proprio computer o un dispositivo mobile, smartphone o tablet (è importante avere a disposizione le ultime versioni di Google Chrome o Mozilla Firefox).

Durante il video consulto è consigliabile tenere a portata di mano i seguenti documenti da condividere con il medico:

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

Il Servizio di video consulto è prestato esclusivamente nei centri convenzionati con la Società, pertanto non è prevista la possibilità di ottenere il rimborso di tali prestazioni.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le visite specialistiche, anche nella modalità di video consulto e accertamenti diagnostici erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato relativamente alle visite specialistiche e agli accertamenti diagnostici.

Il massimale annuo assicurato per le visite specialistiche nella modalità di video consulto ammonta a **€ 500,00 per persona**

Il massimale annuo assicurato per le Visite Specialistiche e gli Accertamenti Diagnostici ammonta a **€ 500,00 per persona**

21. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, **a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.**

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di **uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di €. 70,00 per fattura/persona.**

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

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

22. VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA

La Società provvede al rimborso di una visita medico sportiva agonistica necessaria per il rilascio del certificato attestante l'idoneità allo svolgere una pratica sportiva a livello agonistico.

La visita deve essere eseguita da un medico specialista in medicina dello sport abilitato all'esercizio della professione.

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

E' previsto il rimborso di una visita l'anno, con un massimale di € 50,00 per persona.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni assicurate in assenza di RICOVERO	Rif. Articolo	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri convenzionati	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri non convenzionati	Franchigie e Scoperti in SSN	Limiti
VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI e VIDEO CONSULTI	Art.20	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico	Rimborso integrale dei ticket	€ 500,00 per persona per visite ed accertamenti € 500,00 per persona per video consulti
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO	Art. 21	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per fattura/persona	Rimborso integrale dei ticket	€ 2.000,00 per persona
VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA	Art. 22	Erogatore non previsto	Rimborso integrale delle spese	Rimborso integrale delle spese	Una visita all'anno con massimale di € 50,00 all'anno

CHE COSA NON E' ASSICURATO

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

23. PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili coloro i quali abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:

- Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- sieropositività all'HIV;
- persone che siano riconosciute invalidi civili per una percentuale superiore al 60%.

e l'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi qualora sia stata stipulata in presenza di una delle malattie sopra indicate.

24. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante per:

1. le conseguenze dirette di infortuni nonché le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto;
2. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni;
3. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
4. tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
5. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
6. i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuate anche in regime ambulatoriale;
7. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;

8. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
9. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
10. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni
12. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
13. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
14. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
15. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
16. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
17. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
18. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
19. tutte le terapie mediche;
20. le conseguenze dirette o indirette di pandemie;
21. le prestazioni sanitarie effettuate in modalità a distanza, tramite il ricorso a tecnologie informatiche (videoconsulto e/o teleconsulto).

COME ASSICURA

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

25. PERSONE ASSICURATE

Premesso che il Contraente della Polizza è correntista, l'Assicurazione è prestata separatamente a favore di ciascuna delle persone individuate come assicurati in Polizza.

26. LIMITI DI ETÀ

L'Assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 30° anno di età dell'Assicurato, e la Società non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto 31 anni.

27. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad Unisalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

28. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009942** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

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

c) Pareri medici immediati

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

d) Invio di un medico

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

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

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

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

f) Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di Ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 10 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 di raggiungere l'Assicurato ricoverato.

Tale prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare.

Il massimale annuo previsto per la seguente garanzia è di € 1.000,00

All'estero

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

g) Viaggio di un familiare all'estero

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

h) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di Malattia o di Infortunio l'Assicurato **abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia)**, la Centrale

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

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

i) Rimpatrio sanitario

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

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

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

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

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

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

l) prolungamento del soggiorno dopo ricovero ospedaliero

Quando trascorso il periodo di Ricovero in ospedale, qualora le condizioni dell'Assistito a giudizio del medico curante e dell'équipe medica della Società, fossero tali da consigliare un'ulteriore permanenza in loco al fine di completare la guarigione; la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese d'albergo relative, per un massimo di 5 giorni e di Euro 258.23 complessive.

Qualora l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisca di una o più prestazioni di Assistenza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

DOVE VALE LA COPERTURA?

29. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

30. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

31. DENUNCIA DEL SINISTRO

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

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

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

In caso di ricovero, o nel caso in cui non possa accedere ad internet o non possa scaricare la app "UniSalute Up", l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-009942 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

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

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

32. SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

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

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, **un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta** e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

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

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

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

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

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

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

33. SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

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

E' possibile comunque richiedere il rimborso delle spese sostenute, inviando alla Società documentazione cartacea, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri) per questo l'Assicurato deve inviare a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO, la documentazione necessaria:

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

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

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

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

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

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

34. SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, **le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai punti "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o "Sinistri in strutture convenzionate con la Società"**. Per chiedere il rimborso di quanto speso l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico oppure utilizzando la app "UniSalute Up" secondo le modalità indicate al punto **"Sinistri in strutture non convenzionate con la Società"**, in alternativa può usare il modulo cartaceo. Nel caso di richiesta di corresponsione **dell'indennità sostitutiva, se prevista, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.**

35. PAGAMENTO DEL SINISTRO

La Società provvede al pagamento del sinistro entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'importo previo accordo tra la Società e l'Assicurato, o da quello in cui è stato redatto il verbale delle operazioni arbitrali ai sensi dell'articolo "Controversie e Arbitrato Irrituale", a condizione che non si evidenzino casi previsti dalle esclusioni del contratto e previa presentazione alla Società di tutti i documenti dalla stessa richiesti, indicati agli articoli "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e al punto "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

36. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

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

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

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

37. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

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

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

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

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

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

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

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

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



Informativa al cliente sull'uso dei suoi dati personali e dei 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”), ti informiamo che, per fornirti i nostri prodotti e/o servizi assicurativi, eventualmente anche a favore dei tuoi familiari assicurati, UniSalute S.p.A. ha la necessità di utilizzare alcuni dati che ti riguardano e che riguardano i tuoi familiari e conviventi, per le finalità e nei termini di seguito indicati.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

1. Per finalità assicurative

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, data di nascita, indirizzo di residenza, recapito telefonico e di posta elettronica), che tu stesso o altri soggetti¹ ci fornisci, indispensabili per fornirti i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione², e 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 vigilanza³. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirti correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a tuoi recapiti (recapiti telefonici e indirizzo di posta elettronica) può inoltre risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Se deciderai di registrarti all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o di scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili utilizzeremo questi dati anche per identificarti come nostro assicurato e per fornirti i servizi previsti dalla tua polizza ed inviarti le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permettere a te ed ai tuoi familiari eventualmente assicurati di ottenere i servizi online tramite l' "Area riservata" del nostro portale internet o direttamente tramite l'App UniSalute dal tuo *smartphone*, e per fornirti, a mezzo email, SMS o, limitatamente all'App, tramite notifiche *push*, informazioni sullo stato delle tue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri, anche riguardanti la posizione dei tuoi familiari eventualmente assicurati.

Raccogliamo inoltre categorie particolari di dati⁴ (idonei a rivelare le tue condizioni di 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 per dare corso alle prestazioni previste dalla tua polizza e per fornirti i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite)² e per adempimenti normativi³. Il conferimento di questi dati è necessario per poterti fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso tuo o del tuo eventuale familiare/convivente interessato⁵.

I tuoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che ti riguardano⁶ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa³. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I tuoi 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, assicurativi (di regola, 10 anni).

2. Per finalità di marketing

In caso di tuo consenso, che ti chiederemo in una sezione separata ai sensi degli Artt. 82 e 83 del Reg. Ivass n. 40/2018 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/2005 – Codice Assicurazioni Private), e che potrà essere facoltativamente prestato, i tuoi dati personali, con esclusione di quelli appartenenti a categorie particolari (Art. 9 del Regolamento)⁴, potranno essere altresì trattati per finalità di effettuazione di comunicazioni commerciali relative a prodotti o servizi della Società titolare, delle società facenti parte del Gruppo Unipol⁷ e di società terze, in particolare per invio di comunicazioni

¹ Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.) da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; soggetti ai quali, per soddisfare le tue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

² Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.

³ Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per il riscontro.

⁴ Ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona. Ai sensi dell'art 4 punto 1) del Regolamento dati personali (non appartenenti a categorie particolari) sono costituiti da qualunque informazione relativa a persona fisica, identificata o identificabile, anche indirettamente, mediante riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione o un identificativo online; In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità autorizzate a livello normativo e sulla base dei presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla ns. Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.

⁵ Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.

⁶ In particolare, i tuoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UniSalute S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'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.

⁷ 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.

promozionali, newsletter e materiale pubblicitario, attività di vendita diretta e compimento di ricerche di mercato, incluse indagini sulla qualità e soddisfazione dei servizi, mediante tecniche di comunicazione a distanza comprensive di modalità automatizzate di contatto (come SMS, MMS, fax, chiamate telefoniche automatizzate, posta elettronica, messaggi su applicazioni web) e tradizionali (come posta cartacea e chiamate telefoniche con operatore).

I tuoi dati saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa privacy e saranno conservati per due anni per finalità relative a comunicazioni commerciali, termini decorrenti dalla cessazione dei rapporti con UniSalute; decorsi tali termini non saranno più utilizzati per le predette finalità.

Il mancato conferimento dei tuoi dati per le finalità di cui al presente paragrafo 2, nonché il tuo mancato consenso espresso per la medesima finalità, non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla sottoscrizione e/o gestione dei Prodotti e ai rapporti giuridici in essere, precludendo esclusivamente l'espletamento delle attività indicate nel presente paragrafo.

COME TRATTIAMO I TUOI DATI

I tuoi dati e quelli dei tuoi familiari eventualmente assicurati non saranno soggetti a diffusione, saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che ti 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 conto⁸. Ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i dati personali potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre Società facenti parte, come la Titolare UniSalute, del Gruppo Unipol⁷.

Potremo trattare eventuali dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi allo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto l'esplicito consenso della persona interessata (tu o tuo eventuale familiare/convivente)⁹.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore dei tuoi familiari/conviventi, alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a tua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti. Ciascun beneficiario della tua polizza potrà tuttavia registrarsi individualmente all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili e gestire così in autonomia la propria posizione anche in riferimento ai propri dati personali.

QUALI SONO I TUOI DIRITTI

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

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

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a tua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrai contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito privacy@unisalute.it, al quale potrai rivolgerti, oltre che per l'esercizio dei tuoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati di cui alla nota(6). Resta fermo il tuo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei tuoi dati personali e dei tuoi diritti in materia.

⁸ 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.

⁹ Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.

