



UNISALUTE SANICARD RINNOVO GARANTITO
FORMULA FRANCHIGIA
Assicurazione Malattia e Infortuni

Gentile Cliente
alleghiamo i seguenti documenti:

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

Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

Compagnia: UniSalute S.p.A.

Prodotto: “UniSalute Sanicard Rinnovo Garantito Formula Franchigia”

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

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza offre una copertura Sanitaria a rinnovo garantito, in franchigia. La Società, infatti, si obbliga, su richiesta del Contraente, a rinnovare il contratto alla scadenza pattuita indipendentemente dal mutato stato di salute dell'Assicurato.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **SPESE SANITARIE:** in caso di Malattia o Infortunio rimborso delle spese sostenute per prestazioni mediche e di degenza dovute dall'Assicurato nei casi di Ricovero, Day hospital o Intervento chirurgico senza Ricovero.

Garanzie sempre operanti:

Accertamenti diagnostici senza Ricovero / Ricovero per parto / Diaria sostitutiva / Prestazioni sanitarie sul nascituro / Ricovero del neonato / Prevenzione.

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

UniSalute S.p.A. presta le garanzie fino all'importo massimo stabilito in Polizza (c.d. massimale/somma assicurata).

- ✓ **GARANZIE OPZIONALI**
Garanzie Supplementari [a pagamento]:

- ✓ **ASSISTENZA:** Assistenza Più

[per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni]



Che cosa non è assicurato?

- ✗ **SPESE SANITARIE:** non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di malattia, infortunio, parto o aborto.
- ✗ **ASSISTENZA:** non sono comprese le prestazioni richieste nelle situazioni che non rivestano carattere di urgenza e/o difficoltà.



Ci sono limiti di copertura?

- ✗ Alle coperture assicurative - sia base che opzionali - offerte dal contratto sono applicati Franchigie (esprese in cifra fissa o giorni) e Scoperti (espressi in percentuale del danno indennizzabile) indicati nelle condizioni di assicurazione e/o in Polizza che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.
- ✗ Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo non derogate da garanzie o opzioni supplementari) tra le quali quelle relative alle seguenti ipotesi:
 - ! **SPESE SANITARIE:** gli Infortuni, le Malattie e le Condizioni patologiche preesistenti, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, sottaciuti alla stipulazione del contratto con dolo o colpa grave; le Malattie in atto e conosciute, anche se dichiarate, al momento della stipulazione della Polizza; gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato; gli Infortuni e le Malattie conseguenti ad alcoolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni; gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti e gli infortuni derivanti dalla pratica di sport esercitati a livello professionistico.
 - ! **ASSISTENZA:** le malattie mentali, i disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze; gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato.



Dove vale la copertura?

- ✓ SPESE SANITARIE: l'Assicurazione vale in tutto il mondo.
- ✓ ASSISTENZA: fermi i limiti territoriali eventualmente previsti dalle singole prestazioni, è prestata in tutto il mondo, esclusi i paesi ove sussistano situazioni di guerra anche non dichiarata.



Che obblighi ho?

- ✓ Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.
- ✓ Si precisa che la Società presta la garanzia sulla base delle dichiarazioni rese e risultanti dal Questionario sanitario che forma parte integrante della Polizza stessa. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione.
- ✓ Prima della sottoscrizione del Questionario sanitario, è necessario verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario stesso.



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha la durata indicata in Polizza. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di UniSalute al pagamento dei Premi scaduti. L'Assicurazione termina alla scadenza indicata in Polizza. Il contratto non è soggetto a tacita proroga, esso pertanto cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta fra le Parti. Il prodotto prevede il rinnovo garantito alla scadenza: UniSalute su richiesta del Contraente si obbliga a rinnovare l'Assicurazione nella formula originariamente prescelta salvo non ricorra alcuna delle ipotesi di esenzione da tale obbligo previste contrattualmente.



Come posso disdire la polizza ?

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

Assicurazione Sanitaria Rinnovo Garantito

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

UniSalute S.p.A.

Prodotto: UNISALUTE SANICARD RINNOVO GARANTITO
FORMULA FRANCHIGIA

Data 01/07/2024 - 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, se il Rischio è ubicato in Italia. E' facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.



Che cosa è assicurato?

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

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

ASSISTENZA

Assistenza Più	a) Consulenze specialistiche telefoniche b) Spedizione medicinali sul luogo dell'assistenza c) Pernottamenti imprevisti d) Trasferimenti imprevisti e) Accompagnatore in caso di trasferimento f) Recapito messaggi urgenti
-----------------------	--



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 Scoperti contrattualmente indicati e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

Nei **Centri Sanitari Convenzionati** ed **Equipe medica convenzionata** è previsto il pagamento diretto delle spese, però resta a carico dell'Assicurato una somma fino a **€ 1.500,00** per ogni Ricovero, Intervento chirurgico o Day hospital;

Nei **Centri Sanitari Convenzionati** con **Equipe medica non convenzionata** è previsto il Pagamento diretto delle spese relative al Centro Sanitario Convenzionato previa deduzione della Franchigia fino a **€ 1.500,00** che resta a carico dell'Assicurato e con l'applicazione di uno Scoperto pari al **20%** delle spese sostenute per l'Equipe medica non convenzionata con un minimo di **€ 1.000,00** e un massimo di **€ 4.500,00** a carico dell'Assicurato;

Nei **Centri Sanitari non convenzionati** è prevista l'applicazione di uno Scoperto pari al **20%** delle spese sostenute, con minimo di **€ 3.000,00** ed un massimo di **€ 6.000,00** a carico dell'Assicurato.

La garanzia speciale **Accertamenti diagnostici senza Ricovero** prevede un rimborso delle spese sostenute presso Centri Sanitari non convenzionati con l'applicazione di uno Scoperto del **20%** ed un minimo non indennizzabile di Euro **60,00** per ogni Accertamento diagnostico.

Ad integrazione di quanto già descritto nell'analogha Sezione del DIP Danni sono previste le seguenti esclusioni di garanzia valide per entrambe le coperture Spese Sanitarie e Assistenza:

- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi del presente contratto;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

SPESE SANITARIE

L'Assicurazione non è comunque operante per:

- l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza, Intendendosi per tali un'anomalia di parte anatomica obiettivamente visibile o clinicamente diagnosticata prima della stipulazione;
- gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
- le malattie mentali, le sindromi organiche cerebrali, i disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze;
- a diagnostica, la terapia e ogni prestazione inerente a sterilità, impotenza sessuale, fecondazione assistita e artificiale;
- a liposuzione e le prestazioni aventi finalità estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Malattia e/o Infortunio, e di stomatologia ricostruttiva, compreso l'apparato dentario, solo se reso necessario da Infortunio documentato);
- le visite e terapie con finalità estetica nonché le diete aventi finalità estetica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la medicina non convenzionale;
- i check-up di medicina preventiva;
- le prestazioni non effettuate da Medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività a norma delle disposizioni di legge vigenti;
- le cure dentarie ed ortodontiche e delle parodontopatie e le forniture di protesi dentarie quando non siano rese necessarie da Infortunio documentato;

- le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- Nei confronti degli Assicurati che abbiano compiuto il 65-esimo anno di età la garanzia per le malattie croniche è prestata, per persona e ciascun Anno assicurativo, fino ad un massimo di sessanta giorni di Ricovero, anche non consecutivi, compreso il Day hospital quando previsto dalla garanzia prescelta.

Sono escluse dalle **Prestazioni sanitarie sul nascituro** l'amniocentesi e la villocentesi.

Sono escluse dagli **Accertamenti diagnostici senza Ricovero** le spese relative a:

- esami del sangue, delle urine e delle feci;
- mineralogia e densimetria ossea computerizzata (MOC e DOC) e Pap Test;
- visite mediche generiche e specialistiche di ogni natura.

Sono escluse dall'**Assistenza in caso di decesso** le spese relative alla cerimonia funebre.

ASSISTENZA

L'Assicurazione non è comunque operante per:

- gli Infortuni, le Malattie, le malformazioni e gli stati patologici, nonché le conseguenze dirette o indirette da esse derivanti, sottaciuti alla stipulazione del contratto con dolo o colpa grave;
- gli Infortuni e le Malattie conseguenti ad alcoolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti;
- ricoveri per accertamenti diagnostici non resi necessari da Malattia o Infortunio (check-up).



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

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.

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.

In caso di sinistro relativo alle garanzie RICOVERO, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI SENZA RICOVERO, PRESTAZIONI SANITARIE SUL NASCITURO, RICOVERO DEL NEONATO, 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.

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, o copia della cartella clinica o scheda di dimissione ospedaliera (in caso di prestazioni di ricovero) all'indirizzo: **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.**

Assistenza diretta/in convenzione:

Il contratto prevede per le garanzie di RICOVERO, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI SENZA RICOVERO, PRESTAZIONI SANITARIE SUL NASCITURO, RICOVERO DEL NEONATO, PREVENZIONE la possibilità di avvalersi di prestazioni di assistenza diretta, mediante l'accesso ad un circuito di centri sanitari e al personale convenzionati con Unisalute a cui è affidata l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni. Unisalute fornisce inoltre informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti dei centri sanitari, sulla loro ubicazione e sui servizi.

Gestione da parte di altre imprese: non è prevista la gestione dei sinistri da parte di altre imprese.

	Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di Premio, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	La Società si impegna a pagare il Sinistro all'Assicurato entro 30 giorni da quando il medesimo è stato definito previo accordo o all'esito della procedura arbitrale, dietro presentazione della documentazione richiesta e salvo che non ricorra una delle esclusioni contrattualmente previste.
 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il Premio è soggetto ad adeguamento annuale in ragione dell'aumentare dell'età dell'Assicurato sulla base delle percentuali di incremento contrattualmente previste. Inoltre, Il premio, i massimali e le indennità sono soggetti ad adeguamento annuale in proporzione alle variazioni percentuali dell'indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (FOI).
Rimborso	Non sono contrattualmente previste ipotesi di rimborso del Premio.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Il contratto prevede un periodo di carenza, ossia un periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale l'eventuale Sinistro non rientra in garanzia e pertanto non sarà pagato alcun Indennizzo. La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del: • giorno di effetto della Polizza per gli Infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto; • trentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le Malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Polizza; • centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le conseguenze di Malattie diagnostiche, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarate dall'Assicurato nel Questionario Sanitario ed accettate dalla Società; • centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le conseguenze di Malattie non conosciute dall'Assicurato, ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto; • trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per il parto e l'aborto terapeutico. Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza emessa dalla stessa Società o società appartenente ad Unipol Gruppo S.p.A riguardante gli stessi Assicurati e identica garanzia, il termine di aspettativa di cui sopra opera: • dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla Polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima risultanti; • dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme e diverse prestazioni da essa previste. Analogamente in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data di variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.
Sospensione	Non è contrattualmente prevista la possibilità per il Contraente di sospendere l'efficacia delle garanzie previste del contratto.
 Come posso disdire la polizza?	

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente contratto è rivolto a:

- persone fisiche che subiscano ricovero o day hospital in istituto di cura e/o che si sottopongano a interventi chirurgici, visite specialistiche e accertamenti, trattamenti fisioterapici in caso di malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico;
- persone giuridiche che intendano tutelare soggetti identificati nell'ipotesi di ricovero o day hospital in istituto di cura, di interventi chirurgici visite specialistiche e accertamenti, trattamenti fisioterapici in caso di malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico.
- persone fisiche o giuridiche interessate a rinnovare la polizza indipendentemente dalle variazioni dello stato di salute dei soggetti assicurati, senza aggiornare il questionario anamnestico.

L'esigenza principale è quella di protezione contro i rischi malattia/infortuni e l'ottenimento di prestazioni di assistenza.



Quali costi devo sostenere?

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

	stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (<i>indicare quando obbligatori</i>):	
Mediazione	Interpellando tramite un avvocato di fiducia un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Arbitrato irrituale: ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica possono essere demandate a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. - Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

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

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

UNISALUTE SANICARD RINNOVO GARANTITO FORMULA FRANCHIGIA

Contratto di assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

COMPENSIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01264 / 003 / 00000 / H - Ed. 01 / 07 / 2024

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

INDICE

GLOSSARIO	5
Art. 1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE.....	9
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	9
Art. 1.1 – Effetto dell’Assicurazione.....	9
Art. 1.1 bis – Periodi di carenza contrattuali	9
Art. 1.2 - Durata del contratto, sconto per poliennalità e proroga del contratto	10
Art. 1.3 - Facoltà di rinnovo alla scadenza contrattuale.....	10
Art. 1.4 - Facoltà della Società di non contrarre nuovamente l’Assicurazione.....	11
Art. 1.5 - Recesso in caso di Sinistro	12
QUANDO E COME DEVO PAGARE	12
Art. 1.6 - Pagamento del Premio	12
Art. 1.7 - Frazionamento del Premio	12
Art. 1.8 - Pagamento frazionato del Premio tramite addebito ricorrente (operante se indicato nella Scheda di polizza il frazionamento mensile)	12
Art. 1.9 - Criteri per la determinazione del Premio e suo adeguamento	15
CHE OBBLIGHI HO	16
Art. 1.10 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	16
Art. 1.11 - Aggravamento e diminuzione del Rischio	16
ALTRE NORME	16
Art. 1.12 - Modifiche dell’Assicurazione	16
Art. 1.13 – Forma delle comunicazioni	16
Art. 1.14 - Altre assicurazioni.....	16
Art. 1.15 - Foro competente.....	17
Art. 1.16 - Rinvio alle norme di legge.....	17
Art. 1.17 - Operazioni societarie straordinarie	17
Art. 1.18 - Legislazione applicabile.....	17
Art. 1.19 - Regime Fiscale.....	17
Art. 1.20 - Reclami	17
Art. 2. SEZIONE SPESE SANITARIE - FORMULA FRANCHIGIA	20
COSA ASSICURA	20

Art. 2.1 – Garanzia base	20
Art. 2.1.1 – Ricovero	21
Art. 2.1.2 - Accertamenti diagnostici senza Ricovero	21
Art. 2.1.3 - Ricovero per parto.....	22
Art. 2.1.4 - Diaria sostitutiva	22
Art. 2.1.5 - Prestazioni sanitarie sul nascituro	22
Art. 2.1.6 - Ricovero del neonato.....	23
Art. 2.1.7 - Prevenzione	23
Art. 2.2 – Delimitazioni.....	24
COSA NON ASSICURA.....	24
Art. 2.3 - Esclusioni	24
COME ASSICURA	26
Art. 2.4 - Massimale	26
Art. 2.5 - Validità territoriale	26
Art. 2.6 - Decorrenza della garanzia.....	26
Art. 2.7 – Modalità di erogazione delle prestazioni	26
Art. 2.8 – Rinuncia all’azione di rivalsa.....	28
Art. 3. SEZIONE ASSISTENZA	32
COSA ASSICURA	32
Art. 3.1 – Garanzia base	32
COSA NON ASSICURA.....	37
Art. 3.2 - Esclusioni	37
Art. 3.3 - Delimitazioni	37
COME PERSONALIZZARE	38
Art. 3.4 – Garanzia Supplementare (a pagamento)	38
Art. 3.4.1 - ASSISTENZA PIÙ	38
COME ASSICURA	41
Art. 3.5 - Validità territoriale	41
Art. 3.6 – Pagamento delle Prestazioni	41
Art. 4. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	44
Art. 4.1 - Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell’Assicurato.....	44
Art. 4.2 - Modalità di utilizzo della copertura.....	44

Art. 4.3 - Area territoriale scoperta	47
Art. 4.4 - Gestione dei documenti di spesa	48
Art. 4.5 - Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato.....	48
Art. 4.6 - Controversie - Arbitrato irrituale.....	49
Art. 4.7 - Pagamento dell'Indennizzo.....	49
Art. 4.8 - Obbligo di restituzione delle somme erogate per spese non rientranti nelle garanzie.....	49
Art. 4.9 - Modalità di restituzione delle anticipazioni	50
Art. 4.10 - Restituzione degli originali delle notule di spesa	50
ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	51
CODICE CIVILE.....	58
INFORMATIVA PRIVACY.....	61

Che cosa sono i box di consultazione?

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

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

GLOSSARIO

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

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

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

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

Assicurazione: contratto di assicurazione.

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

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

La Centrale Operativa provvede a:

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

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

Condizioni Patologiche Preesistenti: qualsiasi conseguenza di Infortunio, Malattia, Malformazione o stato patologico, congeniti o no, conosciuti e/o diagnosticati antecedentemente alla data di validità della presente Polizza di Assicurazione.

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

Day hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche (con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva) praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con la scheda nosologica.

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

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

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

Equipe medica (per la Sezione Assistenza): il gruppo di medici qualificati reperibili presso la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

Equipe Medica Convenzionata: medici che assistono l'Assicurato durante il Ricovero e/o Medici e paramedici partecipanti allo stesso Intervento chirurgico, convenzionati con la Società che, previa richiesta ed autorizzazione ricevuta dalla Società, forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla stessa, in nome e per conto dell'Assicurato.

Farmaco: sostanza terapeutica inserita nella Farmacopea Ufficiale. Sono esclusi i medicinali omeopatici.

Formula: tipo di garanzia scelta dal Contraente e indicata in Polizza.

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

Grande Intervento Chirurgico: gli interventi elencati nella specifica sezione delle condizioni di Assicurazione.

Indennizzo/Rimborso: la somma dovuta dalla Società a termini di Polizza in caso di Sinistro.

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

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

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

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

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

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

Massimali: la Somma indicata in Polizza che rappresenta il limite massimo di Indennizzo/Rimborso in caso di Sinistro.

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

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

Medico: Professionista laureato in medicina e chirurgia e abilitato all'esercizio della professione conformemente con quanto previsto dalle normative vigenti dello Stato ove ha luogo la prestazione sanitaria.

Nucleo familiare: Persone che compongono la famiglia del Contraente, anche se non a carico, purché conviventi e identificate in Polizza nella voce "Persone assicurate".

Pagamento diretto: Il pagamento che la Società, in nome e per conto dell'Assicurato (così esonerato al rispettivo anticipo), effettua nei confronti del Centro Sanitario Convenzionato e dell'Equipe medica convenzionata per le prestazioni previste.

Periodo assicurativo - Annualità assicurativa: In caso di Polizza di durata pari o inferiore a un Anno, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alla scadenza della Polizza stessa. In caso di Polizza di durata superiore a un Anno, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alle ore 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di un Anno.

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'Assicurazione

Questionario sanitario: il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o, in caso di minore, da chi ne esercita la potestà genitoriale, prima di stipulare la Polizza. Il Questionario Sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni in esso rilasciate che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.

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

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

Scoperto¹: percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni Sinistro, rimane a suo carico.

¹ *Come funzionano i meccanismi dello Scoperto e della Franchigia?* 

Esempio di Scoperto con minimo e massimo in Euro:

Sinistro: il verificarsi delle prestazioni di carattere sanitario avvenute e fatturate durante l'operatività del contratto per le quali è prestata l'assicurazione e che comportano un'attività gestionale per UniSalute. Il momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di inizio del Ricovero o del Day hospital o il giorno dell'Intervento chirurgico senza Ricovero. Per tutte le altre garanzie il momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di effettuazione e fatturazione della prestazione sanitaria assicurata.

Società: l'impresa assicuratrice, UniSalute S.p.A.

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

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

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

-
- *spesa sanitaria in Centro Sanitario non convenzionato pari a € 10.000,00, Scoperto 20% minimo € 3.000,00 massimo € 6.000,00, Indennizzo corrisposto € 7.000,00;*
 - *spesa sanitaria in Centro Sanitario non convenzionato pari a € 5.000,00, Scoperto 20% minimo € 3.000,00 massimo € 6.000,00, Indennizzo corrisposto € 2.000,00.*

Esempio di Franchigia assoluta:

- *spesa sanitaria in Centro Sanitario Convenzionato con Equipe medica Convenzionata pari a € 10.000,00, Franchigia pari a € 1.500,00, Indennizzo corrisposto € 8.500,00.*

Esempio di Franchigia assoluta e di Scoperto con minimo e massimo in Euro:

spesa sanitaria pari a € 10.000,00 di cui € 5.000,00 per Centro Sanitario Convenzionato ed € 5.000,00 per Equipe medica non convenzionata, Franchigia pari a € 1.500,00 sul Centro Sanitario Convenzionato e Scoperto 20% minimo € 1.000,00 massimo € 4.500,00 dell'Equipe medica non convenzionata, Indennizzo corrisposto € 7.500,00.

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

Art. 1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

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

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

Art. 1.1 – Effetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15esimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei Premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 1.1 bis – Periodi di carenza contrattuali

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del:

- **giorno di effetto della Polizza per gli Infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto;**
- **trentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le Malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Polizza;**
- **centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le conseguenze di Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarate dall'Assicurato nel Questionario Sanitario ed accettate dalla Società;**
- **centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le conseguenze di Malattie non conosciute dall'Assicurato, ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;**
- **trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per il parto e l'aborto terapeutico.**

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

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

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

Art. 1.2 - Durata del contratto, sconto per poliennalità e proroga del contratto ^{2 3}

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

Se l'Assicurazione è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 anni) il Premio, per ciascuna annualità assicurativa, viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata in Polizza. Il Premio esposto in Polizza è già comprensivo della suddetta riduzione. A seguito dell'adeguamento automatico di cui all'Art. 1.9 "Criteri per la determinazione del Premio e suo adeguamento" anche l'importo della riduzione varierà di conseguenza.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1899, 1° comma del Codice Civile, se il contratto ha una durata superiore ai cinque anni, il Contraente può esercitare la facoltà di Recesso dal contratto solo dopo i primi cinque anni di durata contrattuale. Il recesso va comunicato almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione con lettera raccomandata, mediante fax oppure mediante PEC (Posta Elettronica Certificata), se l'Assicurato o il Contraente ne è in possesso, diretta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società.

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

Il contratto non è soggetto a tacita proroga, esso pertanto cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta fra le Parti.

Art. 1.3 - Facoltà di rinnovo alla scadenza contrattuale

Il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua scadenza naturale. Salvo quanto indicato all'Art. 1.4 Facoltà della Società di non contrarre nuovamente l'Assicurazione, la Società su richiesta del Contraente si obbliga a rinnovare l'Assicurazione nella formula originariamente prescelta. **Il Contraente dovrà sottoscrivere il nuovo**

² *Quale durata può avere l'Assicurazione?*

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

³ *La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza o prosegue?*

Il contratto termina alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta fra le Parti.

La Società si obbliga a rinnovare o a non contrarre nuovamente l'Assicurazione, salvi alcuni casi contrattualmente previsti in cui si può rifiutare. Il Cliente dovrà sottoscrivere un nuovo contratto o richiederne il rinnovo per iscritto entro e non oltre i 30 giorni successivi alla scadenza del presente contratto.

contratto o richiederne il rinnovo per iscritto alla Società entro e non oltre i 30 giorni successivi alla scadenza del presente contratto. Le condizioni di Assicurazione e il Premio applicati al nuovo contratto saranno quelli vigenti al momento della nuova sottoscrizione per i prodotti della Linea UniSalute Salute Sanicard Rinnovo Garantito o analoga linea eventualmente commercializzata. **L'Assicurazione verrà rinnovata con le eventuali limitazioni di garanzia già in corso** indipendentemente dalle eventuali modifiche delle condizioni sanitarie dell'Assicurato.

Art. 1.4 - Facoltà della Società di non contrarre nuovamente l'Assicurazione

La Società non è obbligata a contrarre nuovamente l'Assicurazione in caso di:

- a) mancato esercizio della facoltà di rinnovo da parte del Contraente entro i 30 giorni successivi alla scadenza del contratto;
- b) richiesta del Contraente di non rinnovare l'Assicurazione anche per una sola delle persone già assicurate, salvo il caso in cui l'Assicurazione riguardi un Nucleo familiare e l'Assicurato per il quale si richiede la cessazione non ne faccia più parte. In tal caso, la Società è obbligata a contrarre anche con il predetto Assicurato se questo ne fa richiesta entro i 30 giorni successivi alla scadenza del contratto;
- c) cessato esercizio del ramo malattie da parte della Società;
- d) Sinistro verificatosi nei primi 2 anni decorrenti dalla data di effetto del contratto. In questo caso la Società dovrà comunicare, dopo la denuncia di Sinistro e fino al 60-esimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, l'intenzione di non rinnovare il contratto, alla sua naturale scadenza indicata nella Scheda di polizza, mediante lettera raccomandata.

In tal caso il Contraente potrà recedere dall'Assicurazione relativamente alla sola persona sinistrata o all'intero contratto entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione, e la Società provvederà alla restituzione della quota parte di Premio versato e non goduto al netto delle imposte. Qualora il contratto in questione sia stato emesso in sostituzione o in rinnovo, senza soluzione di continuità di altro contratto denominato Rinnovo Garantito per gli stessi Assicurati già presenti in garanzia con la stessa Formula, i termini per la determinazione del biennio decorrono dalla data di effetto del contratto originario.

- e) **compimento del 80° anno d'età dell'Assicurato.** Nel caso in cui l'assicurazione riguardi una pluralità di Assicurati il rinnovo potrà essere richiesto per gli Assicurati che non abbiano raggiunto il limite d'età sopra indicato.

Le disposizioni di cui alla presente lettera non sono applicabili per il rinnovo di contratti Sanicard Rinnovo Garantito stipulati prima dell'aprile 2009; qualora si siano succeduti senza soluzione di continuità più contratti denominati Rinnovo Garantito la data di stipula da prendere in considerazione è quella relativa al primo contratto sottoscritto.

Art. 1.5 - Recesso in caso di Sinistro

Il contratto non prevede la possibilità per le parti di recedere dall'Assicurazione a seguito di denuncia di Sinistro, salvo quanto previsto dall'art. 1.4 Facoltà della Società di non contrarre nuovamente l'Assicurazione, lettera d).

QUANDO E COME DEVO PAGARE

Art. 1.6 - Pagamento del Premio ⁴

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

Art. 1.7 - Frazionamento del Premio ⁵

Premesso che il Premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il frazionamento del medesimo.

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

Art. 1.8 - Pagamento frazionato del Premio tramite addebito ricorrente (operante se indicato nella Scheda di polizza il frazionamento mensile)

La Società si riserva di concedere al Contraente (e, una volta concessa, di revocare) la possibilità di frazionare il pagamento del Premio in 12 rate mensili, senza oneri di frazionamento, mediante addebito ricorrente.

⁴ *Cos'è e come si calcola il Premio?*

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

⁵ *Quando deve essere pagato il Premio?*

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

Ove richiesto dal Contraente tale frazionamento è concesso dalla Società, la Società e il Contraente convengono quanto di seguito specificato.

A. Adesione al servizio di pagamento mensile del Premio tramite addebito ricorrente

A.1 Strumenti di addebito ricorrente

Il pagamento delle rate mensili del Premio con addebito ricorrente può avvenire, a scelta del Contraente, attraverso una delle seguenti modalità:

- *SEPA Direct Debit (S.D.D.);*
- *Addebito su Carta di Credito;*
- *Addebito su Carta di Debito, ad esclusione delle Carte Prepagate.*

L'autorizzazione all'addebito ricorrente si intende valida dal momento in cui il Contraente conferma la richiesta di addebito ricorrente e fino alla comunicazione alla Società dell'eventuale revoca. Cessa automaticamente con la cessazione del contratto assicurativo.

A.2 Obblighi del Contraente

All'atto del perfezionamento del contratto assicurativo, il Contraente deve:

- (i) se persona fisica, aderire al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) o attivare il profilo di Area Riservata, messa a disposizione del Contraente dalla Società sul proprio sito e mediante APP, fornendo il proprio indirizzo email e numero di cellulare;
- se persona giuridica, comunicare indirizzo PEC della persona giuridica, nonché identificare un soggetto persona fisica, autorizzato dalla persona giuridica, che aderisca al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA);
- (ii) comunicare un metodo di pagamento ricorrente per la corresponsione del Premio del contratto assicurativo tra quelli previsti dalla Società e indicati all'articolo A.1. che precede;
- (iii) provvedere al pagamento anticipato di una somma pari a un dodicesimo del Premio convenuto (o importo differente in caso di ratei) con una delle modalità consentite dalla Società, nonché
- (iv) obbligarsi a pagare il Premio residuo mediante rate mensili, con il metodo di pagamento ricorrente associato al contratto assicurativo.

Durante la validità del contratto assicurativo e per consentire il buon esito delle disposizioni di addebito e il regolare pagamento del Premio, **il Contraente dovrà comunicare tempestivamente alla Società eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie/Carte di Credito/Carte di Debito o revoche del servizio di addebito eventualmente disposte dallo stesso.** In ogni caso il Contraente può modificare lo strumento di pagamento per l'addebito ricorrente sostituendolo con un altro tra quelli previsti dalla Società e indicati all'articolo A.1, recandosi in Agenzia o direttamente dalla propria Area Riservata.

A.3 Comunicazioni contrattuali

La Società effettuerà le comunicazioni contrattuali e di servizio relativi al contratto assicurativo in modalità digitale (a titolo esemplificativo direttamente su Area Riservata e/o all'indirizzo di posta elettronica/ PEC o al numero di cellulare indicati al momento dell'emissione del contratto) e, pertanto, il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati di contatto forniti recandosi in Agenzia o direttamente tramite la propria Area Riservata.

B. Procedura di addebito ricorrente

B.1 Ordini di addebito

La richiesta di pagamento del Premio tramite metodo ricorrente da parte del Contraente autorizza la Società a inviare all'Istituto di Credito o Istituto di Moneta Elettronica, che ha emesso lo strumento di pagamento, gli ordini di addebito del Premio.

La Società provvederà ad addebitare al Contraente l'importo corrispondente alla rata mensile di Premio con le seguenti tempistiche:

- 5 giorni lavorativi prima della scadenza della rata mensile di Premio per addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.);

- 1 giorno lavorativo prima della scadenza della rata mensile di Premio per addebiti tramite Carta di Credito o Carta di Debito.

La Società, salvo che non riceva comunicazione di mancato addebito dell'importo dovutole, provvederà a comunicare al Contraente la copertura delle garanzie previste in Polizza e a mettere a disposizione in Area Riservata la documentazione di quietanza relativa alla mensilità per la quale è stato pagato il Premio. Il contratto costituisce assolvimento dell'obbligo di prenotifica degli addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.) da parte della Società nei confronti del Contraente.

B.2 Mancato addebito

Nel caso in cui la Società riceva comunicazione di mancato addebito dell'importo dovutole, provvederà a comunicare al Contraente l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura assicurativa a partire dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello di scadenza della rata non pagata e non procederà all'addebito di eventuali altre rate successive.

Qualora si sia verificato il mancato pagamento di una rata di Premio:

- se il metodo di pagamento ricorrente fornito sia ancora valido, la Società proverà a effettuare ulteriori tentativi di addebito della rata insoluta, comunicando sempre al Contraente il loro esito;
- se il metodo di pagamento ricorrente fornito non sia più valido nel periodo di vigenza del contratto e ci siano rate di Premio insolute, il Contraente deve fornire un nuovo metodo di pagamento ricorrente tra quelli indicati all'articolo A.1; in caso contrario la concessione del frazionamento mensile è revocata e il Contraente è tenuto a pagare tutte le rate di Premio restanti in un'unica soluzione, con conseguente modifica del frazionamento in annuale e concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla Società.

Se il Contraente fornisce un nuovo metodo di pagamento ricorrente, tale metodo si intende operante a partire dal tentativo di addebito successivo a quello non andato a buon fine.

Se tutti i tentativi di addebito della rata di Premio dovuta sono negativi, il Contraente dovrà provvedere al pagamento di quest'ultima rata insoluta concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla Società.

In ogni caso, qualora siano trascorsi 45 giorni dal mancato pagamento di una rata di Premio senza che il Contraente abbia regolarizzato la posizione, la Società comunicherà la revoca della concessione del frazionamento mensile e il Contraente sarà tenuto a pagare tutte le rate restanti in un'unica soluzione con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla Società.

B.3 Rimborso degli addebiti SEPA Direct Debit Scheme Rulebook

Qualora il metodo di pagamento del contratto assicurativo sia SEPA Direct Debit (S.D.D.) e il titolare del metodo di pagamento si avvalga del diritto al rimborso di uno o più addebiti previsto dal SEPA Direct Debit Scheme Rulebook, il Contraente dovrà provvedere al pagamento delle rate rimborsate e fornire un nuovo metodo di pagamento qualora quello fornito non sia più valido.

C. Rinnovo del contratto

Se il contratto assicurativo è stipulato senza tacito rinnovo, il Contraente che alla scadenza intende rinnovarlo - sempreché la Società mantenga la disponibilità al frazionamento del Premio in 12 rate mensili, senza oneri e con pagamento con addebito ricorrente - dovrà accettare le condizioni di rinnovo entro 8 giorni lavorativi antecedenti la scadenza del contratto, per consentire la prosecuzione dell'addebito ricorrente senza soluzione di continuità. Nel caso in cui il metodo di pagamento ricorrente associato sia una Carta di Credito o una Carta di Debito, il predetto termine utile per l'accettazione delle condizioni di rinnovo è ridotto a 2 giorni lavorativi.

Se l'accettazione delle condizioni di rinnovo avviene dopo tali termini, il Contraente dovrà provvedere al pagamento della prima rata concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla Società, mentre l'addebito ricorrente riprenderà per le rate successive.

Se il contratto assicurativo è stipulato con tacito rinnovo:

- il Contraente, prima del pagamento del Premio di rinnovo, è tenuto a corrispondere l'importo delle rate mensili eventualmente non pagate;

- la Società revoca la concessione del frazionamento mensile se in relazione al Contraente vengano meno al momento del rinnovo uno o più dei requisiti di cui all'articolo A.2, comma (i), con conseguente obbligo di pagare il Premio di rinnovo in un'unica soluzione, concordando con la Società una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse e attivate presso l'Agenzia.

D. Modifica del frazionamento in corso di contratto

Durante la validità del contratto assicurativo la Società provvede alla revoca della concessione del frazionamento mensile, con conseguente obbligo di pagare le rate mensili residue in un'unica soluzione, concordando con la Società una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse e attivate presso l'Agenzia, nei seguenti casi:

- cessione del contratto, in presenza di consenso della Società;
- in relazione al Contraente, qualora vengano meno i requisiti di cui all'articolo A.2, comma (i);
- qualora il Contraente, richieda che le comunicazioni contrattuali avvengano su supporto cartaceo, e ciò a causa dell'aggravio dei costi gestionali che ne derivano per la Società e che le impediscono di mantenere il beneficio del frazionamento mensile del Premio essendo senza oneri per il Contraente.

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

Il Premio viene adeguato annualmente in funzione dell'aumentata età dell'Assicurato secondo la seguente regola:

Età	Percentuale di incremento annuo del Premio
Da 0 a 14	0%
Tra 14 e 15	11%
Tra 15 e 19	3%
Tra 19 e 20	14%
Dal 20° anno in poi	3%

Le Somme Assicurate, i Massimali, i limiti di Indennizzo espressi in cifra assoluta e i Premi sono collegati all'indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e di impiegati (FOI) pubblicato dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), come segue:

- alla Polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di settembre dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
- alla scadenza di ciascuna Annualità assicurativa si effettua il confronto fra l'indice iniziale di riferimento (o quello dell'ultimo aggiornamento) e l'indice del mese di settembre dell'anno solare precedente quello della scadenza. Se si verifica una variazione in aumento o in diminuzione, le Somme Assicurate, i Massimali, i limiti di indennizzo espressi in cifra assoluta e i Premi vengono adeguati in proporzione;
- l'aumento o la riduzione decorrono dalla scadenza della rata annua dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Non sono soggetti ad adeguamento le Franchigie espresse in cifra assoluta, i minimi e massimi di Scoperto e i valori espressi in percentuale.

CHE OBBLIGHI HO

Art. 1.10 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 C.C.

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

Art. 1.11 - Aggravamento e diminuzione del Rischio

Non sono previste ipotesi di aggravamento né di diminuzione del Rischio.

ALTRE NORME

Art. 1.12 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 1.13 – Forma delle comunicazioni

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

Art. 1.14 - Altre assicurazioni

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

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

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

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

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

L'Assicurato è tenuto a richiedere a ciascun assicuratore l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare delle spese sanitarie sostenute.

Art. 1.15 - Foro competente

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

Art. 1.16 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.17 - Operazioni societarie straordinarie

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

Art. 1.18 - Legislazione applicabile

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

Art. 1.19 - Regime Fiscale

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

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

Art. 1.20 - Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle

somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- procedura di Arbitrato ove prevista.

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

Art. 2. SEZIONE SPESE SANITARIE - FORMULA FRANCHIGIA

COSA ASSICURA

Art. 2.1 – Garanzia base

La Società si obbliga ad indennizzare, sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel Questionario Sanitario, **entro i Massimali indicati in Polizza⁶**, in caso di Malattia e di Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto anche causato da colpa grave, le spese sostenute dall'Assicurato e previste per le garanzie di seguito elencate:

- Ricovero, con o senza Intervento chirurgico ⁷
- Intervento chirurgico senza Ricovero;
- Day hospital;
- Ricovero per aborto spontaneo o terapeutico.

Si intendono inoltre sempre operanti anche le seguenti garanzie:

- Accertamenti diagnostici senza Ricovero
- Ricovero per parto
- Diaria sostitutiva
- Prestazioni sanitarie sul nascituro
- Ricovero del neonato
- Prevenzione

⁶ *Come faccio a ricordarmi le delimitazioni e i sottolimiti presenti nelle condizioni di Assicurazione?* 

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

⁷ *Per poter usufruire della copertura assicurativa il mio Ricovero deve avvenire obbligatoriamente presso un Istituto di Cura convenzionato con la Società?* 

No, la copertura assicurativa in caso di Ricovero opera sia per le prestazioni presso Centri Sanitari Convenzionati con la Società che per quelle presso i centri non convenzionati, variando nelle modalità di liquidazione del Sinistro (pagamento diretto da parte della Società o a rimborso dell'Assicurato) e nell'applicazione di Scoperti.

Art. 2.1.1 – Ricovero

Nei casi di Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Intervento chirurgico senza Ricovero, Day hospital, Ricovero per aborto spontaneo o terapeutico, la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per materiale d'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- b) relative al periodo di Ricovero per assistenza medica, infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, Farmaci, esami **purché esclusivamente riferite alla causa del Ricovero;**
- c) rette di degenza, **non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;**
- d) il trasporto dell'Assicurato come previsto dall'Assicurazione "Assistenza". In caso di trasporto dell'Assicurato con autoambulanza o unità coronarica mobile, non gestito attraverso la garanzia "Assistenza", verranno rimborsate le spese sostenute **nel limite di Euro 600,00 per Sinistro; limite elevato ad Euro 6.000,00 se il trasporto avviene in eliambulanza;**
- e) rette di vitto e pernottamento in Istituto di cura di un eventuale accompagnatore dell'Assicurato;
- f) prestazioni sanitarie rese necessarie nell'eventualità in cui l'Assicurato necessiti di trapianto di organi. Nel caso in cui il trapianto venga effettuato da donatore vivente, le spese previste dal presente Art. 2.1.1, relative all'intervento di espianto, sono riconosciute anche al donatore;
- g) l'acquisto di apparecchi protesici, **fino ad un massimo di Euro 3.000,00 per persona, nei 360 giorni successivi ad un Sinistro** verificatosi durante il periodo di validità della garanzia che abbia comportato perdite anatomiche o funzionali;
- h) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche fuori dall'ospedale o dalla casa di cura, **nei 120 giorni precedenti al Ricovero (escluso il Day Hospital) o all'Intervento chirurgico senza Ricovero;**
- i) esami clinici, per l'acquisto di Farmaci, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, per cure termali **escluse le spese di natura alberghiera, sempreché relative alla causa che ha determinato il Sinistro e sostenute nei 120 giorni successivi alle dimissioni dal Ricovero (escluso il Day hospital) o dall'Intervento chirurgico senza Ricovero. Tale limite si intende elevato a 180 giorni in caso di cancro, leucemia, infarto miocardico acuto, Grande Intervento Chirurgico.**

Art. 2.1.2 - Accertamenti diagnostici senza Ricovero

La Società, nel caso di Malattia (presunta o accertata) o di Infortunio, documentati da certificazione medica, assicura **fino alla concorrenza del Massimale di Euro 5.000,00 per ogni Assicurato e per Anno assicurativo**, il pagamento delle spese per gli Accertamenti diagnostici.

Sono escluse dalla presente garanzia le spese relative a:

- esami del sangue, delle urine e delle feci;
- mineralogia e densimetria ossea computerizzata (MOC e DOC) e Pap Test;

- visite mediche generiche e specialistiche di ogni natura.

L'Assicurazione di cui alla presente garanzia è operante quando l'Assicurato si sia rivolto, per ottenere le suddette prestazioni, a Centri Sanitari Convenzionati ⁸ con la Società, Centri Sanitari non convenzionati, a strutture del Servizio Sanitario nazionale o convenzionate con esso, a Centri Sanitari esteri per situazioni di Emergenza.

Art. 2.1.3 - Ricovero per parto

La Società, nel caso di Ricovero per parto, rimborsa le spese sostenute esclusivamente per le prestazioni previste ai punti a), b), c), d), e) dell'Art. 2.1.1 Ricovero **fino alla concorrenza del Massimale di:**

- **Euro 1.000,00 per ogni persona e per Anno assicurativo, in caso di parto fisiologico**
- **Euro 3.000,00 per ogni persona e per Anno assicurativo, in caso di parto cesareo**

La presente garanzia non prevede il Pagamento diretto ai Centri Sanitari Convenzionati e pertanto è prestata esclusivamente a Rimborso senza applicazione di Franchigia. In alternativa al Rimborso delle suddette spese e su richiesta dell'Assicurato la Società provvede a corrispondere la diaria sostitutiva nei limiti e per l'importo indicato all'Art. 2.1.4 Diaria sostitutiva.

Art. 2.1.4 - Diaria sostitutiva

La Società, in caso di Ricovero o Day hospital resi necessari da Malattia e/o Infortunio, provvede a corrispondere all'Assicurato la diaria sostitutiva di **Euro 75,00 per ogni giorno di Ricovero o di Euro 30,00 per ogni giorno di Day hospital, con un massimo di 100 giorni per persona e per Anno assicurativo, nel caso in cui l'Assicurato non usufruisca delle prestazioni previste ai punti a), b), c), e) dell'Art. 2.1.1 Ricovero.** La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate complessivamente una sola giornata qualunque sia l'ora del Ricovero e della dimissione.

La Diaria sostitutiva in questione non compete in relazione all'Art. 2.1.6 Ricovero del neonato.

Art. 2.1.5 - Prestazioni sanitarie sul nascituro

Qualora, durante il Ricovero della madre indennizzabile ai sensi di Polizza, si rendessero necessarie prestazioni sanitarie effettuate sul nascituro per sospette o manifeste Malattie o malformazioni dello stesso, la Società assicura tali spese **con gli stessi limiti di Massimale e di copertura pattuiti per la madre.**

L'amniocentesi e la villocentesi devono intendersi escluse.

⁸ *Come faccio a sapere quali sono Strutture sanitarie della rete convenzionata con UniSalute?*

Per conoscere l'elenco delle strutture Convenzionate e dei medici convenzionati è sufficiente consultare il sito www.unisalute.it.

Art. 2.1.6 - Ricovero del neonato

Qualora, a seguito di parto indennizzabile ai sensi di Polizza, si rendesse necessario per il neonato nei primi due anni di vita un Ricovero per Malattia anche congenita e/o Infortunio, la Società assicura, **con gli stessi limiti di Massimale e di copertura pattuiti per la madre e semprechè per la stessa sia stato pagato il relativo Premio nel corso del biennio**, le spese conseguenti a tale Ricovero.

Art. 2.1.7 - Prevenzione ⁹

La Società, tramite UniSalute e a parziale deroga degli Artt. 2.2 Esclusioni e 2.3 Delimitazioni, provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute indicati dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione e vengono riconosciute indipendentemente dall'esistenza di stati patologici.

Prestazioni previste per gli uomini

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine: esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto

⁹ *Per utilizzare le prestazioni di prevenzione è necessario che io abbia sofferto o soffra tuttora di una patologia?*

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

- Visita Urologica + PSA (oltre i 40 anni)

Prestazioni previste per le donne

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine: esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Visita Ginecologica + Pap-Test (oltre i 40 anni)

Art. 2.2 – Delimitazioni

Nei confronti degli Assicurati che abbiano compiuto il 65-esimo anno di età per le malattie croniche l'Assicurazione è prestata, per persona e ciascun Anno assicurativo, fino ad un massimo di sessanta giorni di Ricovero, anche non consecutivi, compreso il Day hospital.

COSA NON ASSICURA

Art. 2.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- a) gli Infortuni, le Malattie e le Condizioni patologiche preesistenti, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, sottaciuti alla stipulazione del contratto con dolo o colpa grave, fermo quanto previsto dall'Art. 1.10 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio;

- b) le Malattie in atto e conosciute, anche se dichiarate, al momento della sottoscrizione della Polizza, nonché le conseguenze di Infortuni verificatisi prima della data di stipula della Polizza. La presente esclusione non è operante per:
- le Polizze emesse in fase di rinnovo garantito, relativamente a quelle patologie manifestatesi successivamente alla stipula della prima Polizza che prevedeva il rinnovo garantito;
 - gli eventuali Infortuni e Malattia riportati nelle dichiarazioni sullo stato di salute dell'Assicurato e accettati dalla Società.
- c) l'eliminazione o correzione di Difetti fisici o Malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza, intendendosi per tali un'anomalia di parte anatomica obiettivamente visibile o clinicamente diagnosticata prima della stipulazione;
- d) gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
- e) le malattie mentali, le sindromi organiche cerebrali, i disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze;
- f) gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- g) gli Infortuni e le Malattie conseguenti ad alcoolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- h) gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti e gli infortuni derivanti dalla pratica di sport esercitati a livello professionistico;
- i) la diagnostica, la terapia e ogni prestazione inerente a sterilità, impotenza sessuale, fecondazione assistita e artificiale;
- j) la liposuzione e le prestazioni aventi finalità estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Malattia e/o Infortunio, e di stomatologia ricostruttiva, compreso l'apparato dentario, solo se reso necessario da Infortunio documentato);
- k) le visite e terapie con finalità estetica nonché le diete aventi finalità estetica, le terapie omeopatiche e Fitoterapiche, l'agopuntura, la medicina non convenzionale;
- l) i check-up di medicina preventiva;
- m) le prestazioni non effettuate da Medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività a norma delle disposizioni di legge vigenti;
- n) le cure dentarie ed ortodontiche e delle parodontopatie e le forniture di protesi dentarie quando non siano rese necessarie da Infortunio documentato;
- o) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi del presente contratto;
- p) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;

- q) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

COME ASSICURA

Art. 2.4 - Massimale

Il Massimale annuo assicurativo per il complesso delle prestazioni previste dall'Art. 2.1.1 Ricovero è indicato in Polizza.

Art. 2.5 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 2.6 - Decorrenza della garanzia

La garanzia decorre per:

- a) gli Infortuni, dal giorno in cui ha effetto l'Assicurazione;
- b) le Malattie, **dal 30esimo giorno successivo a quello in cui ha effetto l'Assicurazione;**
- c) l'aborto spontaneo e terapeutico e per le malattie dipendenti dalla gravidanza e per le prestazioni sanitarie sul nascituro, **dal 30esimo giorno successivo a quello in cui ha effetto l'Assicurazione, purchè la gravidanza abbia avuto inizio dopo questa data;**
- d) il parto, **dal 300esimo giorno successivo a quello in cui ha effetto l'Assicurazione.**

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione/rinnovo, senza soluzione di continuità, di altro contratto analogo della Società riguardante gli stessi Assicurati, **i termini di cui sopra operano soltanto in relazione alle nuove garanzie e/o alle maggiori somme previste dal nuovo contratto. La presente disposizione vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.**

Art. 2.7 – Modalità di erogazione delle prestazioni

La Società, nei limiti e con le modalità sotto indicati, provvede:

- a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con Equipe medica convenzionata¹⁰ **previa deduzione della Franchigia di € 1.500,00 per ogni Ricovero, Intervento chirurgico o Day Hospital:**
- a pagare direttamente al Centro Sanitario e all'Equipe medica convenzionati l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
 - a rimborsare integralmente all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni garantite ai punti h) ed i) dell'Art. 2.1.1 Ricovero;
- b) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con Equipe medica non convenzionata, **previa deduzione della Franchigia di € 1.500,00 per ogni ricovero, Intervento chirurgico o Day Hospital:**
- a pagare direttamente l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute presso il Centro Sanitario Convenzionato o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute per l'Equipe medica non convenzionata, **con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo di Euro 1.000,00 ed un massimo di Euro 4.500,00 a carico dell'Assicurato;**
 - a rimborsare integralmente all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni garantite ai punti h) ed i) dell'Art. 2.1.1 Ricovero;
- c) nel caso di utilizzo, per scelta dell'Assicurato, di Centri Sanitari non convenzionati con la Società a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute **con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo di Euro 3.000,00 ed un massimo di Euro 6.000,00 a carico dell'Assicurato;**
- d) a rimborsare integralmente all'Assicurato, **previa deduzione della Franchigia di € 1.500,00 per ogni Ricovero, Intervento chirurgico o Day Hospital,** le spese eccedenti sostenute in proprio quando lo stesso si sia rivolto, anziché a Centri Sanitari Convenzionati, a **strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso,** nel rispetto delle norme di legge e dei regolamenti locali, o si sia avvalso dell'assistenza sanitaria diretta o indiretta di mutue private;
- e) a rimborsare integralmente all'Assicurato, **previa deduzione della Franchigia di € 1.500,00 per ogni Ricovero, Intervento chirurgico o Day Hospital,** le spese sostenute in proprio quando lo stesso debba ricorrere a Centri Sanitari non convenzionati con la Società, per Emergenza o per particolari necessità mediante accordo preventivo, in quest'ultimo caso, con la Società;

¹⁰ *Che vantaggio ho se scelgo di usufruire delle prestazioni in strutture convenzionate?*



Se il Cliente sceglie di usufruire delle prestazioni in strutture convenzionate ottiene un triplice vantaggio:

- *non deve preoccuparsi di prenotare un medico qualificato, dato che la prenotazione verrà effettuata da UniSalute SpA;*
- *al Sinistro non vengono applicati Scoperti eventualmente previsti;*
- *l'importo viene liquidato direttamente da UniSalute SpA.*

f) per quanto si riferisce all'Art. 2.1.2 Accertamenti diagnostici senza Ricovero:

- a pagare direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative all'assistenza ricevuta;
- a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute presso Centri Sanitari non convenzionati **con l'applicazione di uno Scoperto del 20% ed un minimo non indennizzabile di Euro 60,00 per ogni Accertamento diagnostico;**
- a rimborsare gli eventuali tickets previsti dalla legge quando l'Assicurato sia ricorso a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso;
- a rimborsare le spese sostenute all'estero dall'Assicurato per situazioni di Emergenza, anche in Centri Sanitari non convenzionati con la Società;

g) per quanto si riferisce all'Art. 2.1.7 Prevenzione a pagare direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute.

Art. 2.8 – Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per gli Indennizzi pagati, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, nei confronti degli eventuali terzi responsabili dell'Infortunio.

SINTESI DEI LIMITI DI INDENNIZZO

GARANZIA BASE	Limiti / Sottolimiti	Modalità di liquidazione			
		Centro e Equipe Medica Convenzionati	Centro Convenzionato e Equipe medica NON Convenzionati	Centri NON Convenzionati	SSN o centri convenzionati con esso
(massimale indicato in Polizza)	Pre-Ricovero: massimo 120 giorni				
	Post Ricovero: massimo 120 giorni elevati a 180 gg nei casi di:		Previa deduzione di franchigia di € 1.500:		
Ricovero con o senza Intervento chirurgico	cancro, leucemia, infarto miocardico acuto, Grandi Interventi Chirurgici	Previa deduzione di franchigia di € 1.500:	Centro Convenzionato: pagamento diretto delle spese	Rimborso delle spese con Scoperto 20% col minimo € 3.000 e massimo € 6.000	Previa deduzione di franchigia di
Intervento chirurgico	Trasporto	Pagamento diretto delle spese per ogni Sinistro	Equipe NON convenzionata: rimborso con Scoperto 20% delle spese con minimo € 1.000 e massimo € 4.500	Previa deduzione di franchigia di € 1.500	€ 1.500
senza Ricovero	Sanitario: € 600 per Sinistro, elevato ad € 6.000 se interviene eliambulanza	Rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per Pre e Post ricovero		Rimborso delle spese per comprovata Emergenza	Rimborso delle spese eccedenti
Day Hospital					
Ricovero per aborto spontaneo o terapeutico	Apparecchi Protesici: € 3.000 per persona e Annualità Assicurativa nei 360 giorni		Rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per Pre e Post Ricovero		

	successivi al Sinistro				
Accertamenti diagnostici	€ 5.000 per Annualità Assicurativa e per persona	Pagamento diretto delle spese	-	Rimborso con scoperto 20% minimo € 60 per ogni accertamento diagnostico (se all'estero e con Emergenza rimborso al 100%)	Rimborso ticket sanitario
Diaria sostitutiva	• € 75 per ogni giorni di Ricovero • € 35 per ogni giorno di Day Hospital per massimo 100 giorni per persona e per Annualità assicurativa. Il primo e ultimo giorno del Ricovero sono 1 giornata sola NO per garanzia Ricovero neonato	-	-	-	-

Prevenzione	1 volta l'anno, fruibile solo in Centri Convenzionati	Pagamento diretto delle spese	NO	NO	NO
-------------	--	----------------------------------	----	----	----

Art. 3. SEZIONE ASSISTENZA

COSA ASSICURA

Art. 3.1 – Garanzia base

La Società si obbliga a mettere a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle condizioni che seguono, **con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenuti¹¹**

Gestione dei Sinistri ed erogazione delle Prestazioni di Assistenza

L'Assicurato può beneficiare delle prestazioni **telefonando alla Centrale Operativa attiva 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, componendo il numero verde 800-212477. Se la chiamata è effettuata dall'estero, il numero di telefono è +39 051-6389048.**

UniSalute ha la facoltà di cambiare la società di Assistenza e/o la Struttura Organizzativa dandone tempestivo avviso al Contraente.

Assistenza nelle urgenze sanitarie

1) Invio di personale medico

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato e **nel caso che il Medico abituale non sia reperibile**, l'Equipe medica della Centrale Operativa, dopo aver identificato i bisogni dell'Assicurato, qualora ne ravvisi la necessità, contatta e invia un Medico di sua fiducia sul luogo dell'assistenza. Se ciò non è possibile a causa di oggettive situazioni locali, l'Equipe medica della Centrale Operativa provvede ad organizzare un consulto medico presso la struttura ospedaliera o di cura più vicina al luogo dell'assistenza. La Società si fa carico delle relative spese.

2) Invio di un Medico specialista in pediatria

In caso di Infortunio o Malattia **dell'Assicurato minore di 14 anni e nel caso che il pediatra di fiducia non sia reperibile**, l'Equipe medica della Centrale Operativa, dopo aver identificato i bisogni dell'Assicurato, qualora ne ravvisi la necessità, contatta e invia un pediatra di sua fiducia sul luogo dell'assistenza. Se ciò non è possibile a causa di oggettive situazioni locali, l'Equipe medica provvede ad organizzare un consulto medico presso la struttura ospedaliera o di cura più vicina al luogo dell'assistenza. La Società si fa carico delle relative spese.

¹¹ Cosa devo fare per utilizzare la garanzia di ASSISTENZA?



Per l'erogazione delle garanzie e dei servizi di Assistenza previsti sul contratto occorre sempre rivolgersi preventivamente alla Centrale Operativa di UniSalute S.p.A richiedendo l'aiuto necessario:

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

Per i dettagli vedasi più avanti in "Norme per la liquidazione dei Sinistri".

3) Invio di un'ambulanza

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che rendano necessario il suo trasferimento in ospedale, **qualora l'Equipe medica ne ravvisi la necessità**, i Medici della Centrale Operativa provvedono a reperire ed inviare un'ambulanza sul luogo dell'assistenza. La Società si fa carico delle relative spese.

4) Trasferimento sanitario

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, **l'Equipe medica della Centrale Operativa, valutate le condizioni cliniche dell'Assicurato anche mediante contatto con i Medici curanti in loco, potrà, qualora lo ritenga possibile e opportuno trasferire l'Assicurato:**

- ad un Centro Ospedaliero idoneo a garantirgli le cure specifiche del caso;
- dall'Estero, dove è ricoverato, ad un Centro Ospedaliero italiano;
- ad un Centro Ospedaliero più vicino al suo domicilio abituale;
- presso il suo domicilio abituale.

L'Equipe medica a proprio insindacabile giudizio, individuerà il mezzo di trasporto più idoneo e disporrà, se necessario, l'accompagnamento da parte di personale medico e/o infermieristico specializzato.

I mezzi di trasporto con cui l'Equipe medica potrà far effettuare il trasferimento sanitario sono:

- aereo sanitario speciale;
- aereo di linea eventualmente barellato;
- vagone letto ferroviario di prima classe;
- ambulanza o altro mezzo idoneo.

La Società si fa carico delle relative spese.

Nel caso in cui il Paese di destinazione dell'Assicurato ponga restrizioni sanitarie che ne impediscano il rientro, l'Equipe medica della Centrale Operativa, di concerto con l'Assicurato o suoi familiari, dispone il trasferimento in un altro Paese che non ponga tali restrizioni, **entro i limiti di spesa che avrebbe sostenuto per il trasferimento al Paese originariamente previsto**. Nell'ulteriore eventualità che anche questo trasferimento non possa essere effettuato, la Società si fa carico dei costi di soggiorno in loco dell'Assicurato, successivo alle dimissioni ospedaliere, **fino ad un importo massimo pari alla spesa che la Società avrebbe sostenuto per il trasferimento nel Paese di destinazione originariamente previsto**. L'uso dell'aereo sanitario speciale è limitato ai Paesi dell'Europa ed a quelli del bacino del Mar Mediterraneo. Gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati dall'Assicurato o da altri aventi diritto dovranno essere consegnati alla Società.

La garanzia non è comunque operativa e non dà diritto ad alcun Rimborso qualora, pur sottoscrivendo le dimissioni volontarie dal luogo di cura, l'Assicurato non abbia ottenuto il parere favorevole al trasferimento da parte dell'Equipe medica. La garanzia non è altresì operativa qualora l'Assicurato abbia utilizzato un mezzo diverso da quello autorizzato dall'Equipe medica.

5) Trasferimento in un centro ospedaliero specializzato

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comporti la necessità di trasferimento in un centro ospedaliero specializzato in Italia o all'Estero, in quanto la patologia è ritenuta non curabile nell'ambito

dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato, l'Equipe medica della Centrale Operativa, valutate le condizioni cliniche dell'Assicurato anche mediante contatto con i Medici curanti in loco, potrà, qualora lo ritenga possibile e opportuno trasferire l'Assicurato ad un Centro Ospedaliero idoneo a garantirgli le cure specifiche del caso. L'Equipe medica a proprio insindacabile giudizio, individuerà il mezzo di trasporto più idoneo e disporrà, se necessario, l'accompagnamento da parte di personale medico e/o infermieristico specializzato.

I mezzi di trasporto con cui l'Equipe medica potrà far effettuare il trasferimento sanitario sono:

- aereo sanitario speciale;
- aereo di linea eventualmente barellato;
- vagone letto ferroviario di prima classe;
- ambulanza o altro mezzo idoneo.

La Società si fa carico delle relative spese.

L'uso dell'aereo sanitario speciale è limitato ai Paesi dell'Europa ed a quelli del bacino del Mar Mediterraneo. Gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati dall'Assicurato o da altri aventi diritto dovranno essere consegnati alla Società. La garanzia non è comunque operativa e non dà diritto ad alcun Rimborso qualora, pur sottoscrivendo le dimissioni volontarie dal luogo di cura, l'Assicurato non abbia ottenuto il parere favorevole al trasferimento da parte dell'Equipe medica. La garanzia non è altresì operativa qualora l'Assicurato abbia utilizzato un mezzo diverso da quello autorizzato dall'Equipe medica.

6) Rientro all'abitazione dal luogo di cura

In caso di prestazioni già rese con la garanzia "Invio di un'Ambulanza", "Trasferimento Sanitario", "Trasferimento in un centro ospedaliero specializzato" e sulla base degli accordi presi tra l'Equipe medica ed i Medici curanti sul luogo dell'assistenza, i Medici della Centrale Operativa organizzano il rientro dell'Assicurato al domicilio abituale dell'Assicurato. **L'Equipe medica, a proprio insindacabile giudizio, tenuto conto del quadro clinico generale dell'Assicurato, individuerà il mezzo di trasporto più idoneo e disporrà, se necessario, l'accompagnamento da parte di personale medico e/o infermieristico eventualmente anche specializzato.** I mezzi di trasporto con cui l'Equipe medica potrà far effettuare il trasferimento sono:

- aereo sanitario speciale;
- aereo di linea eventualmente barellato;
- vagone letto ferroviario di prima classe;
- ambulanza o altro mezzo idoneo.

La Società si fa carico delle relative spese.

L'uso dell'aereo sanitario speciale è limitato ai Paesi dell'Europa ed a quelli del bacino del Mar Mediterraneo. La garanzia non è comunque operativa e non dà diritto ad alcun Rimborso qualora, pur sottoscrivendo le dimissioni volontarie dal luogo di cura, l'Assicurato non abbia ottenuto il parere favorevole al trasferimento da parte dell'Equipe medica. Gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati dall'Assicurato o da altri aventi

diritto dovranno essere consegnati alla Società. La garanzia non è altresì operativa qualora l'Assicurato abbia utilizzato un mezzo diverso da quello autorizzato dall'Equipe medica.

Pareri medici e informazioni

7) Medical second opinion (Secondo parere medico)

In caso di Infortunio o Malattia, qualora l'Assicurato desideri avere un secondo e qualificato parere medico circa una patologia già diagnosticata dal proprio Medico curante, l'Equipe medica della Centrale Operativa si impegna a:

- a) effettuare una prima valutazione del caso presentato dall'Assicurato;
- b) verificare con l'Assicurato che la copia della documentazione clinico/diagnostica in suo possesso sia completa;
- c) fornire i nomi delle strutture sanitarie che possono rilasciare un parere in relazione alla patologia segnalata.

La Società inoltre:

- d) indicherà quali altri documenti è necessario presentare per completare la documentazione clinico/diagnostica da produrre;
- e) fornirà via fax all'Assicurato il preventivo dei costi a suo carico.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di richiedere la "Medical second opinion", dovrà restituire all'Equipe medica (al fax n. 051-7096862) il fax sottoscritto per accettazione del preventivo dei costi che rimangono a suo carico ed autorizzazione al trattamento dei dati personali (Regolamento UE e normativa nazionale integrativa e vigente in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali in materia di Privacy)

La mancata restituzione del preventivo sottoscritto per accettazione non consentirà l'erogazione della prestazione in oggetto. La Società si fa carico dei seguenti costi:

- Spedizione al professionista della documentazione ricevuta dall'Assicurato;
- Traduzione della documentazione e la conversione informatica delle immagini per la successiva trasmissione al professionista incaricato;
- Traduzione della risposta del professionista;
- Restituzione di tutta la documentazione all'Assicurato.

Rimangono a carico dell'Assicurato i seguenti costi:

- preparazione e fornitura di copia di tutta la documentazione clinico/diagnostica (inclusa quella per immagini) in suo possesso; spedizione della copia di documentazione clinico/diagnostica via corriere espresso all'Equipe medica della Centrale Operativa all'indirizzo fornito telefonicamente;
- costo della parcella del professionista chiamato a rilasciare la "Medical second opinion" e della struttura sanitaria alla quale egli fa capo (questi costi potranno successivamente essere rimborsati se rientranti nelle spese precedenti o successive al Ricovero nei termini della Formula prescelta);

- ogni eventuale costo derivante da richieste dell'Assicurato per ulteriori approfondimenti che si rendessero necessari a seguito del rilascio della "Medical second opinion" salvo un eventuale contatto telefonico dell'Equipe medica.

La copia della documentazione prodotta dall'Assicurato viaggia a mezzo corriere espresso a totale rischio e pericolo dell'Assicurato e la Società non potrà in nessun caso essere ritenuta responsabile di eventuali mancate consegne all'indirizzo indicato.

8) Informazioni sanitarie

In caso di Infortunio, Malattia o necessità, l'Assicurato può telefonare all'Equipe medica della Centrale Operativa per avere consigli utili ed informazioni su:

- ubicazione e reperibilità di centri di pronto soccorso;
- medici generici o specialisti;
- disponibilità e ubicazione di centri di cura pubblici e privati;
- argomenti di carattere medico.

La Società si fa carico delle relative spese.

9) Linea diretta con l'ospedale

In caso di Infortunio, Malattia dell'Assicurato che comportino il Ricovero in ospedale, L'Equipe medica della Centrale Operativa è a disposizione per favorire lo scambio di informazioni tra i familiari ed i medici del Centro di Cura.

La Società si fa carico delle relative spese.

10) Assistenza in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato, la Società provvede ad espletare tutte le formalità burocratiche e legali sul luogo dell'assistenza ed a disporre al trasferimento della salma alla località della sepoltura in Italia, in conformità con le norme internazionali.

La Società si fa carico delle relative spese comprese quelle del feretro. Se l'Assicurato ha espresso la volontà di essere inumato sul posto, la Società provvede a proprie spese. **La garanzia è prestata ad oltre 50 km dal domicilio abituale dell'Assicurato. Il feretro fornito dalla Società sarà di tipo standard mentre sono escluse e rimangono a totale carico degli eredi le spese relative alla cerimonia funebre.**

Prestazioni erogate all'estero

11) Invio di un interprete all'estero

In caso di Infortunio o Malattia che abbiano comportato il Ricovero in ospedale dell'Assicurato e qualora ci siano problemi linguistici con i Medici curanti, la Società invia un interprete sul luogo dell'assistenza.

La Società si fa carico delle relative spese **entro i seguenti limiti:**

- **ore 8 di prestazione anche non consecutive;**
- **fino ad un importo massimo per ciascun Sinistro di euro 260,00.**

La garanzia è prestata all'Estero.

12) Viaggio di un familiare

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che ne comportino il Ricovero in ospedale **per un periodo che i Medici curanti prevedono superiore a giorni 3**, la Società organizza e provvede al viaggio di un familiare che desideri recarsi ad assisterlo. La Società, per il familiare che si trova in Italia, mette a disposizione un biglietto aereo di classe turistica o ferroviario di prima classe e si fa carico delle relative spese.

COSA NON ASSICURA

Art. 3.2 - Esclusioni

La garanzia Assistenza non è operante per:

- a) gli Infortuni, le Malattie, le Malformazioni e gli stati patologici, nonché le conseguenze dirette o indirette da esse derivanti, sottaciuti alla stipulazione del contratto con dolo o colpa grave;
- b) le malattie mentali, i disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze;
- c) gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato. Sono compresi gli Infortuni cagionati da colpa grave;
- d) gli Infortuni e le Malattie conseguenti ad alcoolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- e) gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti;
- f) ricoveri per accertamenti diagnostici non resi necessari da Malattia o Infortunio (check-up);
- g) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi del presente contratto;
- h) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

L'assicurazione non è operante per le esclusioni previste dall'Art. 2.2 del presente contratto.

La Centrale Operativa non eroga:

- i) le Prestazioni di Assistenza non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà;
- j) alcun aiuto in alternativa, nemmeno a titolo di compensazione per quanto non goduto, se l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisca o usufruisca solo parzialmente delle Prestazioni di Assistenza.

Art. 3.3 - Delimitazioni

La Società non riconosce rimborsi né indennizzi compensativi relativi a:

- prestazioni organizzate da altre compagnie di assicurazione o da altri enti o che non siano state richieste preventivamente alla Centrale Operativa e da questa organizzate. Eccezionalmente il Rimborso può essere riconosciuto entro i limiti previsti dalla Polizza nel caso in cui la Centrale Operativa, preventivamente contattata, ha autorizzato l'Assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza. In quest'ultimo caso devono pervenire alla Società i giustificativi in originale delle spese sostenute dall'Assicurato.
- coperture della Società delle quali l'Assicurato non ha usufruito per sua scelta o perché non ne ha avuto la necessità.

La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo ritardato o mancato intervento dovuto a caso fortuito, causa di forza maggiore o a inesatte o incomplete informazioni fornite dall'Assicurato.

Resta esclusa ogni responsabilità della Società e/o di UniSalute derivante dall'operato degli eventuali professionisti incaricati.

Eventuali eccedenze di onorari dei professionisti intervenuti rispetto agli indennizzi a carico della Società dovranno essere corrisposte direttamente dall'Assicurato al professionista intervenuto.

Gli spostamenti organizzati dalla Società sono effettuati utilizzando il mezzo di trasporto più idoneo, in relazione alla tratta da percorrere e alle condizioni di salute dell'Assicurato.

COME PERSONALIZZARE ¹²

Art. 3.4 – Garanzia Supplementare (a pagamento)

Il Contraente può scegliere di acquistare la Garanzia Supplementare Assistenza Più. La garanzia sarà operante **solo se indicata in Polizza e ne sia stato pagato il relativo Premio.**

Art. 3.4.1 - ASSISTENZA PIÙ

a) *Consulenze specialistiche telefoniche (in Cardiologia, Ginecologia, Pediatria, Ortopedia, Medicina d'Urgenza, Geriatria, Dietologia, Dermatologia, Neurologia, Medicina Sportiva).*

In caso di Infortunio o Malattia, l'Équipe medica della Centrale Operativa è a disposizione dell'Assicurato per fornire:

- consigli e suggerimenti relativi al suo stato di salute;

¹² *È possibile personalizzare la copertura assicurativa?*

Sì, poiché ogni Cliente ha la propria sensibilità e le proprie esigenze assicurative. C'è chi preferisce una copertura essenziale, sufficientemente ampia ma più economica e c'è chi desidera invece arricchire la copertura acquistando ulteriori garanzie.

A tal fine nell'area "Come personalizzare" è possibile scegliere la Garanzia Supplementare che amplia la copertura assicurativa.

- indicazione di strutture sanitarie idonee alla cura della patologia segnalata;
- indicazione di nominativi di specialisti nella patologia segnalata dall'Assicurato.

La Società si fa carico delle relative spese.

Sono esclusi e rimangono a totale carico dell'Assicurato i costi della visita specialistica.

La garanzia è operativa **previo consenso dell'Assicurato** e compatibilmente con la vigente legislazione sulla "Tutela delle persone e del trattamento dei dati personali".

b) Spedizione medicinali sul luogo dell'assistenza

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato **ed a seguito di specifica prescrizione medica**, la Società procura le specialità medicinali non reperibili in loco ed indispensabili alla cura, **purché inserite e autorizzate dalla farmacopea ufficiale italiana**, anticipandone i relativi costi, e le invia, conformemente alle leggi locali ed internazionali, direttamente al recapito presso il quale l'Assicurato si trova. La Società si fa carico delle spese di ricerca e spedizione dei medicinali. **Sono esclusi e rimangono a totale carico dell'Assicurato i costi delle specialità medicinali.**

La garanzia è operativa **previo consenso dell'Assicurato** e compatibilmente con la vigente legislazione sulla "Tutela delle persone e del trattamento dei dati personali".

La garanzia è prestata ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

c) Pernottamenti imprevisti

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, comprovati da prescrizione medica scritta, che non ne comportino il Ricovero in ospedale ma che a giudizio dell'Équipe medica della Centrale Operativa impediscano all'Assicurato la prosecuzione del viaggio, la Società:

- organizza e dispone il pernottamento sul luogo dell'assistenza per tutti gli Assicurati. La Centrale Operativa recherà la struttura alberghiera più vicina possibile al luogo dell'assistenza;
- incarica una persona di fiducia di avere cura di Assicurati minori di quattordici anni, **qualora non vi siano altri Assicurati in grado di accudirli durante il soggiorno.**

La Società si fa carico:

- delle spese di trasferimento all'hotel;
- delle spese di pernottamento e prima colazione **fino ad un massimo per ciascun Sinistro di notti 2 e di € 350,00;**
- delle spese relative alla persona che deve accudire gli Assicurati minori di quattordici anni durante il soggiorno, **fino ad un importo massimo per ciascun Sinistro di € 150,00.**

L'hotel selezionato sarà di categoria minima o equivalente a 3 stelle, salvo che gli Assicurati, per opportunità o comodità, non concordino con la Centrale Operativa di soggiornare in strutture alberghiere di categoria inferiore, più vicine al luogo dell'assistenza. Il pernottamento sarà a carico della Società se non già previsto dal programma di viaggio originario.

La garanzia è prestata ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

d) Trasferimenti imprevisti

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, comprovati da prescrizione medica scritta, che non ne comportino il Ricovero in ospedale ma che a giudizio dell'Équipe medica della Centrale Operativa impediscano agli Assicurati:

- la prosecuzione del viaggio con il mezzo sul quale gli Assicurati stavano viaggiando al momento della richiesta di assistenza;
- oppure il rispetto del programma di viaggio originario;

la Società:

- organizza e dispone per tutti gli Assicurati il rientro all'abitazione o la prosecuzione del viaggio fino alla destinazione;
- incarica una persona di fiducia di avere cura degli Assicurati minori di quattordici anni, **qualora non vi siano altri Assicurati in grado di accudirli durante il viaggio.**

La Società si fa carico:

- delle spese di rientro all'abitazione o prosecuzione del viaggio fino alla destinazione, **entro i limiti di spesa che sarebbero sostenuti per il rientro all'abitazione;**
- delle spese relative alla persona che deve accudire gli Assicurati minori di quattordici anni durante il viaggio, **fino ad un importo massimo per ciascun Sinistro di € 300,00. Gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati dall'Assicurato o altri aventi diritto dovranno essere consegnati alla Società.**

La garanzia è prestata ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

e) Accompagnatore in caso di trasferimento sanitario

In caso di trasferimento sanitario dell'Assicurato, la Società, sentito il parere dell'Équipe medica, organizza e dispone il rientro dell'Assicurato con una persona indicata dall'Assicurato stesso, purché questa si trovi sul luogo.

Gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati dall'Assicurato o altri aventi diritto dovranno essere consegnati alla Società.

f) Recapito messaggi urgenti

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, la Centrale Operativa è a disposizione per trasmettere messaggi urgenti a persone residenti in Italia. La Società inoltrerà il messaggio nel più breve tempo possibile. In caso di assenza i destinatari saranno richiamati con continuità, fino al recapito del messaggio o fino alla cessata Emergenza. La Società si fa carico delle relative spese.

La garanzia è operativa **previo consenso dell'Assicurato** e compatibilmente con la vigente legislazione sulla "Tutela delle persone e del trattamento dei dati personali".

COME ASSICURA

Art. 3.5 - Validità territoriale

La garanzia Assistenza, **fermi i limiti territoriali eventualmente previsti dalle singole prestazioni**, è prestata in tutto il mondo.

Art. 3.6 – Pagamento delle Prestazioni

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

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

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

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

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

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

SINTESI DEI LIMITI DI INDENNIZZO

Garanzie Base	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Invio di un Medico specialista in pediatria	-	Se minore di 14 anni
Trasferimento sanitario	Fino al costo del trasferimento con uno dei mezzi di trasporto consentiti Aereo sanitario in Europa o nei Paesi del bacino mediterraneo	-
Trasferimento in centro ospedaliero specializzato	Fino al costo del trasferimento con uno dei mezzi di trasporto consentiti Aereo sanitario in Europa o nei Paesi del bacino mediterraneo	-
Rientro all'abitazione dal luogo di cura	Fino al costo del trasferimento con uno dei mezzi di trasporto consentiti Aereo sanitario in Europa o nei Paesi del bacino mediterraneo	-
Assistenza in caso di decesso dell'Assicurato	Fino a concorrenza delle spese burocratiche, di acquisto del feretro e di trasferimento della salma alla sepoltura	Se l'Assicurato si trovava ad oltre 50 km dalla sua residenza
Invio di un interprete all'estero	Fino a € 260 per Sinistro e per massimo 8 ore di prestazione anche non consecutive	-
Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione	-	Se Ricovero supera 3 giorni

Garanzia Supplementare ASSISTENZA PIU'	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Consulenze specialistiche telefoniche	Costo del servizio telefonico	-
Spedizione medicinali sul luogo dell'assistenza	Costo dell'invio	Se l'Assicurato si trova ad oltre 50 km dalla sua residenza
Pernottamenti imprevisti	Fino ad € 350 di spese di pernottamento per massimo 2 notti per Sinistro Fino ad € 150 per una baby sitter per accudire durante il soggiorno minori di 14 anni	Se l'Assicurato si trova ad oltre 50 km dalla sua residenza e l'hotel abbia massimo 3 stelle
Trasferimenti imprevisti	Entro i limiti di spesa necessari per il rientro all'abitazione dell'Assicurato Fino ad € 300 per una baby sitter per accudire durante il viaggio minori di 14 anni	Se l'Assicurato si trova ad oltre 50 km dalla sua residenza
Accompagnatore in caso di trasferimento sanitario	Fino a concorrenza della spesa del biglietto per il rientro	Se l'accompagnatore è già nel punto di partenza del trasferimento

Art. 4. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

NORME PER LA SEZIONE SPESE SANITARIE

Art. 4.1 - Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato deve:

- presentare denuncia alla Società secondo quanto previsto all'Art. 4.2 lettera a) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata, lettera b) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con equipe medica non convenzionata e lettera c) Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso;
- mettere a disposizione della Società, ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare il Sinistro;
- presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla liquidazione delle spese (generalità, estremi identificativi del contratto, ecc.);
- fornire tutta la Documentazione Sanitaria in copia fotostatica, o in originale se richiesta, necessaria per consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

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

Art. 4.2 - Modalità di utilizzo della copertura

a) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata

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

È data facoltà all'Assicurato di impedire in qualsiasi momento la visualizzazione dei propri dati al Contraente. Tutte le informazioni relative alla procedura di gestione delle opzioni di visualizzazione dei dati sono reperibili sul sito www.unisalute.it nella sezione dedicata al prodotto.

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

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

- al numero verde gratuito 800-009946 in Italia
- al numero +39 051.6389046 se dall'estero

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

Sul sito www.unisalute.it sono sempre descritte le modalità di fruizione del prodotto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- al numero verde 800-009946 in Italia,
- al numero +39 051 6389046 se dall' estero,

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualora l'Assicurato utilizzi un Centro Sanitario Convenzionato senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'autorizzazione e l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate secondo le modalità di erogazione delle prestazioni

previste nel caso di utilizzo di centri sanitari non convenzionati di cui alla successiva lettera c) del presente articolo.

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

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

- Prestazioni in centri sanitari non convenzionati;
- Prestazioni da parte di equipe medica non convenzionata (presso Centri Sanitari Convenzionati);
- Prestazioni in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso;
- Prestazioni precedenti o successive al Ricovero, Day Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale - e/o ogni altra prestazione a rimborso prevista dalla polizza;

o per il pagamento dell'Indennità sostitutiva può adottare una delle seguenti modalità:

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

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

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

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

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

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

Art. 4.3 - Area territoriale scoperta

Nel caso in cui l'Assicurato sia **residente ad una distanza superiore ai 20 km, o comunque in una provincia diversa** rispetto al Centro Sanitario Convenzionato con Unisalute più vicino alla residenza stessa, per usufruire della prestazione richiesta l'Assicurato potrà avvalersi, previa autorizzazione della CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE,

di un centro sanitario non convenzionato. In questo caso è previsto il rimborso integrale delle spese sostenute nei limiti e nei massimali previsti dalla prestazione.

Tale condizione non è operante per le prestazioni relative al Ricovero, Day Hospital ed Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

Art. 4.4 - Gestione dei documenti di spesa

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

Nel caso di Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati, la documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate effettuate viene consegnata direttamente dal Centro Sanitario Convenzionato all'Assicurato.

Nel caso di Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica non Convenzionata, la documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate effettuate in Centri Sanitari Convenzionati viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

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

riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione, liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;

riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Nel caso di Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso, la Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, mette a disposizione, attraverso l'APP il riepilogo delle richieste di rimborso in attesa di documentazione, liquidate e non liquidate con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

NORME PER LA SEZIONE ASSISTENZA

Art. 4.5 - Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato

L'Assicurato per ottenere l'Assistenza dovrà telefonare SEMPRE PREVENTIVAMENTE alla Centrale Operativa di UniSalute utilizzando i seguenti numeri telefonici:

a) chiamate dall'Italia

Numero Verde 800-212477

b) chiamate dall'estero

051-6389048 preceduto dal prefisso internazionale per l'Italia (+39)

alla quale dovranno essere comunicati i seguenti dati:

- Numero di Polizza;
- Generalità dell'Assicurato ed eventuale suo indirizzo o recapito temporaneo (località, via, telefono ecc.);

- Tipologia del Sinistro e luogo di accadimento;
- Eventuali dati relativi alla struttura sanitaria o al Medico che hanno preso in cura l'Assicurato dopo il Sinistro;
- Tipo di intervento richiesto.

NORME VALIDE PER TUTTE LE SEZIONI

Art. 4.6 - Controversie - Arbitrato irrituale

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 4.7 - Pagamento dell'Indennizzo

La Società provvede al pagamento del sinistro entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'importo previo accordo tra la Società e l'Assicurato, o da quello in cui è stato redatto il verbale delle operazioni arbitrali ai sensi dell'articolo "Controversie e Arbitrato Irrituale", a condizione che non si evidenzino casi previsti dalle esclusioni del contratto e previa presentazione alla Società di tutti i documenti dalla stessa richiesti, indicati nell'Art. 5.2 "Modalità di utilizzo della copertura" al punto c) "Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso".

Art. 4.8 - Obbligo di restituzione delle somme erogate per spese non rientranti nelle garanzie

La Società, nell'eventualità di pagamenti diretti in nome e per conto dell'Assicurato o di prestazioni di "Assistenza" che successivamente dovessero risultare non dovuti ai sensi di legge o del contratto, si riserva il diritto di rivalersi nei confronti del Contraente o dell'Assicurato medesimo per le spese sostenute. **Il Contraente e l'Assicurato esplicitamente riconoscono il suddetto diritto e si obbligano a rimborsare quanto dovuto alla Società, anche in relazione a quanto riportato nel modulo per l'utilizzo del convenzionamento sottoscritto all'atto del ricorso ai Centri Sanitari Convenzionati.**

Art. 4.9 - Modalità di restituzione delle anticipazioni

Gli importi riconosciuti dalla Società a titolo di anticipo, sui quali non saranno applicati interessi, **devono essere restituiti entro trenta giorni dalla messa a disposizione. Chi ottiene un anticipo di denaro deve fornire adeguate garanzie bancarie e sottoscrivere la ricevuta che gli verrà sottoposta dagli incaricati della Società ed attenersi alle disposizioni che gli saranno impartite dalla Centrale Operativa.**

Art. 4.10 - Restituzione degli originali delle notule di spesa

Gli originali delle notule di spesa consegnati a documentazione del Sinistro saranno restituiti all'Assicurato, previa apposizione dell'attestazione dell'avvenuto Rimborso.

ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Si considerano “Grandi Interventi Chirurgici” gli interventi chirurgici caratterizzati dall’impiego di tecniche operative particolari e complesse; più precisamente ai fini delle garanzie prestate in Polizza si considerano “Grandi Interventi Chirurgici” quelli di seguito indicati.

Addome (parete addominale)

- Laparatomia esplorativa per occlusione con resezione
- Laparatomia esplorativa con sutura viscerale

Cardiochirurgia

Interventi a cuore aperto per difetti singoli non complicati:

- correzione del setto interatriale
- correzione difetto del setto interventricolare senza ipertensione polmonare
- valvulotomia singola o multipla per stenosi polmonare
- valvulotomia mitralica
- valvulotomia valvolare aortica
- correzione di stenosi aortica sottovalvolare a diaframma
- sostituzione valvola singola: aortica-mitralica-tricuspidale
- anuloplastica valvola singola
- by-pass aorto-coronarico singolo
- embolectomia della polmonare

Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati:

- correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
- correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- correzione impianto anomalo coronarie
- correzione “ostium primum” con insufficienza mitralica
- correzione canale atrioventricolare completo
- correzione fi nestra aorto-polmonare
- correzione di ventricolo unico
- correzione di ventricolo destro a doppia uscita
- correzione di truncus arteriosus
- correzione di coartazioni aortiche di tipo fetale
- correzione di coartazioni aortiche multiple o molto estese
- correzione di stenosi aortiche infundibulari
- correzione di stenosi aortiche sopravalvolari

- correzione di trilogia di Fallot
- correzione di tetralogia di Fallot
- correzione di atresia della tricuspid
- correzione della pervietà interventricolare ipertesa
- correzione della pervietà interventricolare con “debanding”
- correzione della pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- sostituzioni valvolari multiple
- by-pass aorto coronarici multipli
- sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico
- aneurismi aorta toracica
- aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
- resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici

Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale.

Chirurgia pediatrica

- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Occlusione intestinale del neonato: atresie necessità di anastomosi
- Occlusione intestinale del neonato: ileo meconiale, resezione secondo Mickulicz
- Occlusione intestinale del neonato: ileo meconiale, resezione con anastomosi primitiva
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto vulvare: abbassamento addomino perineale
- Megauretere, resezione con reimpianto
- Megauretere, resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Megacolon, resezione anteriore
- Megacolon, operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson

Chirurgia vascolare

Operazione sull'aorta toracica e sulla aorta addominale

Collo

- Tiroidectomia allargata per neoplasia maligna
- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Resezione dell'esofago cervicale

Esofago

- Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico
- Interventi con esofagoplastica

Fegato

- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi
- Resezioni epatiche
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Vater
- Reinterventi sulle vie biliari Interventi chirurgici per ipertensione portale

Ginecologia

- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Vulvectomy allargata per linfadenectomia
- Intervento radicale per carcinoma ovario

Interventi sul mediastino

- Interventi per tumori
- Interventi sul polmone
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococco
- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Pneumectomia
- Tumori della trachea

Intestino

- Colectomie parziali
- Colectomia totale

Laringe - trachea - bronchi - esofago

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Nervi periferici

Interventi sul plesso brachiale

Neurochirurgia

- Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- Intervento per encefalomeningocele
- Intervento per craniostenosi
- Interventi per traumi cranio cerebrali
- Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale

- Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale
- Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, etc)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole arterovenose)
- Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche
- Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica
- Intervento per epilessia focale e callosotomia
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlantooccipitale e sul clivus per via anteriore
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlantooccipitale per via posteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici
- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)
- Interventi per traumi vertebro-midollari
- Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore
- Somatotomia vertebrale
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per affezioni meningo midollari (mielocoele, mielomeningocele, etc)
- Cordotomia e mieolotomia per cutanea

Oculistica

Odontocheratoprotesi

Ortopedia e traumatologia

- Osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale
- Osteosintesi di omero
- Interventi per costola cervicale
- Scapulopessi
- Trapianti ossei o protesi diafisarie

- Trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
- Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari decompressiva per neoplasie (senza sintesi)
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapuloclaveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
- Resezioni del radio distale con trapianto articolare perone-pro-radio
- Emipelvectomy
- Emipelvectomy "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Resezioni del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi speciali (cementate o no, modulari o no)
- Resezioni artrodiafisarie del ginocchio:
 - artodesizzanti (trapianto o cemento + infibulo femore-tibiale)
 - sostituzione con protesi modulari o "custom-made"
- Artroprotesi di anca
- Protesi totale di displasia d'anca
- Intervento di rimozione di protesi d'anca
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- Artroprotesi di ginocchio
- Protesi cefalica di spalla
- Vertebrotonomia
- Discectomia per via anteriore per ernia cervicale
- Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Osteosintesi vertebrale
- Pulizia focolai osteici
- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore con o senza impianti
- Interventi per via anteriore con o senza impianti

Pancreas - Milza

- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica

- Interventi per neoplasie pancreatiche

Peritoneo

Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

Retto - Ano

- Interventi per neoplasie per retto-ano
- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- Operazione per megacolon
- Proctocolectomia totale

Stomaco e duodeno

- Resezione gastrica
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica

Trapianti

- Trapianto cornea
- Trapianto cuore e/o arterie
- Trapianto organi degli apparati:
 - digerente
 - respiratorio
 - urinario

Urologia

- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Resezione renale con clampaggio vascolare
- Nefrouretectomia totale
- Surrenalectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovesicolectomia con ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia con neovesica rettale
- Cistoprostatovesicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovesicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi

- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Linfadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasie testicolari

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

Testo articoli del Codice Civile richiamati nel contratto.

CODICE CIVILE

Art. 1341 Condizioni Generali di Contratto

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

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

Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

Art. 1888 Prova del contratto

Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi

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

Art. 1897 Diminuzione del rischio

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

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

Art. 1898 Aggravamento del rischio

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

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

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

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

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

Art. 1901 Mancato pagamento del premio

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

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

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori

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

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

INFORMATIVA PRIVACY

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

Gentile Cliente,

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

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

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

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione⁽⁴⁾; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽⁵⁾. In assenza di tali dati non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi ai Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Se deciderà di registrarsi all'“Area riservata” del nostro sito internet e/o di scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili, qualora previste dal Suo Piano Sanitario, utilizzeremo questi dati anche per identificarLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dalla Sua polizza ed inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permettere a Lei ed ai Suoi familiari eventualmente assicurati di ottenere i servizi online tramite l'“Area riservata” del nostro portale internet o direttamente tramite l'App UniSalute dal Suo *smartphone*, e per fornirLe, a mezzo email, SMS o, limitatamente all'App, tramite notifiche *push*, informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

I dati relativi alla Sua salute (come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'“Area riservata” del sito UniSalute, o utilizzando la fotocamera dello *smartphone* per l'App) sono necessari per dare corso alle prestazioni previste dalla Sua polizza e per fornirLe i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite) e per adempimenti normativi⁶. Il conferimento di questi dati è necessario per poterLe fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso Suo o del Suo eventuale familiare/convivente interessato⁽¹³⁾⁽⁸⁾.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

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

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano⁽⁷⁾ e in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁹⁾.

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

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

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

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

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

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

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

Note

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

