



PIANO SANITARIO

UniSalute Mamma

Contratto di assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

Versione del 07/12/2022

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

INDICE

GLOSSARIO	4
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	8
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	8
1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	8
2. DURATA DELL'ASSICURAZIONE	8
3. DIRITTO DI RIPENSAMENTO	8
QUANDO E COME DEVO PAGARE	8
4. PREMIO	8
CHE OBBLIGHI HO	9
5. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	9
ALTRE NORME	9
6. ESTENSIONE TERRITORIALE	9
7. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	9
8. ALTRE ASSICURAZIONI	10
9. FORO COMPETENTE	10
10. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	10
11. OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE	10
12. RECLAMI	10
SEZIONE MALATTIA	12
COSA ASSICURA	12
13. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	12
14. RICOVERO	12
14.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER LA CORREZIONE DI MALFORMAZIONI CONGENITE DEL NEONATO	12
14.2 MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	13
14.3 INDENNITA' SOSTITUTIVA	14
14.4 MASSIMALE ASSICURATO	14
TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI	14
COSA ASSICURA	16

15.	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	16
16.	PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI	17
17.	TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A FINI RIABILITATIVI	17
18.	VIDEO CONSULTO PER VISITE SPECIALISTICHE PEDIATRICHE	18
19.	VIDEO CONSULTO PER VISITE SPECIALISTICHE	19
	TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI	20
20.	PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	21
	CHE COSA NON E' ASSICURATO	21
21.	PERSONE NON ASSICURABILI	21
22.	ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE	22
23.	LIMITI DI ETÀ.....	23
	COME ASSICURA	23
24.	SERVIZI DI CONSULENZA GRATUITI.....	23
	SERVIZI EROGATI PER IL TRAMITE DI SISALUTE_ (SOLO IN ASSENZA DI RICOVERO)	24
25.	CORSO FORMATIVO DI PRIMO SOCCORSO PEDIATRICO E TARIFFE AGEVOLATE PER LA MAMMA E PER IL NEONATO	24
	NORME CHE REGOLANO I SINISTRI.....	25
26.	DENUNCIA DEL SINISTRO	25
27.	SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ.....	25
28.	SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.....	26
29.	SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ	26
30.	PAGAMENTO DEL SINISTRO	27
31.	GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	27
32.	PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	28
33.	CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	28
	INFORMATIVA PRIVACY	29

GLOSSARIO

Accertamento diagnostico

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

Anno

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

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Centrale Operativa/Struttura organizzativa

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

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

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

Contraente

Il soggetto che stipula la Polizza.

Cure a carattere sperimentale

Insieme di tecniche terapeutiche ancora in fase di studio il cui scopo è quello di conoscerne l'efficacia, la sicurezza e la tolleranza.

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 medicinali).

FIN-NET

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

Franchigia

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

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio

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

Intervento chirurgico

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

Istituto di Cura

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

Ivass

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

Lettera di Impegno

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

Libera professione intramuraria

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

Lite transfrontaliera

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

Malattia

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

Malformazione

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

Massimale

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

Polizza

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

Premio

Somma dovuta dal Contraente alla Società come corrispettivo dell'Assicurazione.

Presa in carico

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

Reclamo

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

Retta di degenza

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

Ricovero

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

Rischio

La probabilità del verificarsi del Sinistro.

Scoperto

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

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario avvenute e fatturate durante l'operatività del contratto per la quale è prestata l'Assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Società.

SiSalute:

Marchio di UniSalute Servizi S.r.l. società interamente controllata da UniSalute S.p.A., con sede in Via Larga 8 - 40138 Bologna.

Società

UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di Cura, Poliambulatorio, Centro Specialistico e relativi Medici Chirurghi – dedicati al presente Piano Sanitario – con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Terapie mediche

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

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Versione del 07/12/2022

L'assicurazione è prestata a favore della mamma o futura mamma che abbia sottoscritto il contratto.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Polizza, se il Premio è stato pagato, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

2. DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione ha durata annuale ed è stipulata senza clausola di tacito rinnovo. In mancanza di sottoscrizione di un nuovo contratto, l'Assicurazione cessa alle ore 24 del giorno indicato in Polizza come scadenza contrattuale.

Si precisa che non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901 2° comma del Codice Civile.

3. DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto, il Contraente ha diritto di ripensamento e di ricevere in restituzione il premio pagato al netto delle tasse. Il Contraente dovrà comunicare alla Compagnia la sua decisione di recedere dal contratto tramite lettera raccomandata inviata all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Via Larga, 8, 40138 Bologna, oppure mediante e-mail a assicurazionemedica@unisalute.it, contenente gli elementi identificativi del contratto.

QUANDO E COME DEVO PAGARE

4. PREMIO

Il Premio deve essere pagato dal Contraente in via anticipata per l'intera annualità assicurativa alla Direzione della Società, esclusivamente con carta di credito. Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione. Il contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore pari al 2,5%

È garantita la copertura gratuita del neonato nato durante l'operatività del contratto che preveda quale Assicurata la madre. In tal caso si intendono operanti i Massimali previsti per il genitore e la copertura si intende operativa sino alla prima scadenza annuale della Polizza successiva alla nascita.

Il premio annuo complessivo comprensivo degli oneri fiscali, corrisponde a € 290,00.

Il pagamento è totalmente sicuro perché gestito tramite un protocollo di criptaggio dei dati certificato secondo gli standard più avanzati (SSL 3.1).

Non è previsto il pagamento frazionato del Premio.

CHE OBBLIGHI HO

5. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

La Società presta la copertura assicurativa sulla base delle circostanze del Rischio dichiarate dal Contraente al momento della stipula del contratto. Se la dichiarazione non è corretta, in quanto caratterizzata da informazioni errate o incomplete, la Società può essere indotta a sottovalutare il Rischio che, diversamente, avrebbe giudicato non assicurabile o assicurabile a condizioni di Premio più alte. In questo caso, **se il Contraente rilascia tali dichiarazioni erranee o incomplete con coscienza e volontà - o se lo fa anche solo con colpa grave - la Società può rifiutare il pagamento del Sinistro e chiedere l'annullamento del contratto. Se invece il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, la Società può pagare il Sinistro riducendolo in proporzione al minor Premio percepito e può recedere dal contratto** (ad esempio, se la Società ha percepito il 50% del Premio che avrebbe chiesto valutando correttamente il Rischio, liquiderà solo il 50% dell'importo del Sinistro)

ALTRE NORME

6. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

7. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

8. ALTRE ASSICURAZIONI

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

9. FORO COMPETENTE

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

10. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

11. 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 una specifica comunicazione entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione.

12. RECLAMI

Eventuali Reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, 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.

Per poter dare seguito alla richiesta nel Reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) dell'assicurato.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del Reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

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 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.

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.

SEZIONE MALATTIA

COSA ASSICURA

13. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di Ricovero in Istituto di cura, avvenuto durante l'operatività del contratto, per le spese sostenute dall'Assicurato a seguito di:

- interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite.

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

a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società

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

c) Servizio Sanitario Nazionale

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

14. RICOVERO

14.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER LA CORREZIONE DI MALFORMAZIONI CONGENITE DEL NEONATO

La Società provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le spese per:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del Ricovero, purché resi necessari dalla malattia che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale, pertanto la Società provvederà a rimborsare le spese di Pre-ricovero sostenute dall'Assicurato.

b) Intervento chirurgico

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

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Nel caso di **ricovero in istituto di cura convenzionato** con la Società, le spese relative alle prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime.

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

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie, quali ad esempio: tv e telefono in camera, giornali e riviste.

e) Accompagnatore

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

Nel caso di **ricovero in istituto di cura convenzionato** con la Società, le spese relative alle prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime.

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

f) Post ricovero

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

COME ASSICURA

14.2 MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza l'applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con applicazione di uno Scoperto del 20%, ad eccezione delle prestazioni di cui alle lettere

d) "Retta di degenza";

e) "Accompagnatore";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista all'art. "Indennità Sostitutiva".

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

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

14.3 INDENNITA' SOSTITUTIVA (IN CASO DI RICOVERO PER INTERVENTO PER LA CORREZIONE DI MALFORMAZIONI CONGENITE DEL NEONATO)

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€. 80,00 per ogni giorno di ricovero per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite per un periodo non superiore a 60 giorni per ogni ricovero.**

14.4 MASSIMALE ASSICURATO

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

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni assicurate	Rif. Articolo	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri convenzionati	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri non convenzionati	Franchigie e Scoperti in SSN	Limiti
					Massimale
RICOVERO PER LA CORREZIONE DI MALFORMAZIONI CONGENITE DEL NEONATO	14	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20%	Rimborso integrale delle spese	Massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie pari a € 50.000,00

<u>Pre ricovero</u>	14	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20%	Rimborso integrale delle spese
<u>Intervento chirurgico</u>	14	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20%	Rimborso integrale delle spese
<u>Intervento chirurgico con uso del robot</u>	14	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20%	Rimborso integrale delle spese
		Sottolimito di € 2.500,00 per ricovero		
<u>Assistenza medica, medicinali, cure</u>	14	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20%	Rimborso integrale delle spese
<u>Rette di degenza</u>	14	Liquidazione diretta a carico della Società	Limite di € 200 al giorno	Rimborso integrale delle spese
<u>Accompagnatore</u>	14	Liquidazione diretta a carico della Società	Sottolimito di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero	Rimborso integrale delle spese

<u>Post ricovero</u>	14	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20%	Rimborso integrale delle spese
<u>RICOVERO: INDENNITA' SOSTITUTIVA (IN CASO DI RICOVERO PER LA CORREZIONE DI MALFORMAZIONI CONGENITE DEL NEONATO)</u>	14.3	Garanzia prevista solo in SSN	Garanzia prevista solo in SSN	Importo giornaliero di € 80,00 fino a 60 giorni di ricovero

COSA ASSICURA

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

15. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese extraricovero sostenute dall'Assicurato per:

- prestazioni diagnostiche particolari;
- trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi;
- video consulto per visite specialistiche pediatriche;
- video consulto per visite specialistiche compreso il video consulto dietologico e psicologico.

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

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- c) Servizio Sanitario Nazionale

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

16. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate **una volta l'anno** in **strutture sanitarie convenzionate con Unisalute** indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

a. Esami di laboratorio

- 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

b. Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 ORGANI)

c. Visita specialistica ginecologica

17. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A FINI RIABILITATIVI

A parziale deroga di quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 19, la Società provvede al pagamento, entro il massimale, dei trattamenti fisioterapici necessari alla riabilitazione del pavimento pelvico che devono essere prescritti dal medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente al caso trattato. Tali trattamenti devono essere effettuati da personale medico o paramedico abilitato o da ostetrica abilitata in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia e shiatsu.

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

Per l'attivazione della garanzia è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa (documentazione non necessaria in caso di tickets sanitari).

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

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

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 250,00 per persona.

18. VIDEO CONSULTO PER VISITE SPECIALISTICHE PEDIATRICHE

Nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato, la Società garantisce la possibilità di ottenere un video consulto per le prestazioni pediatriche incluse nell'elenco sotto riportato, al fine di poter dialogare a distanza con uno specialista convenzionato.

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

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

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

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

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

È possibile usufruire della garanzia esclusivamente nei centri convenzionati con la Società e per un **massimo di 4 prestazioni** all'Anno per persona assicurata.

ELENCO DEI SERVIZI DI "VIDEO CONSULTO"
DERMATOLOGICO PEDIATRICO
ORTOPEDICO PEDIATRICO
OTORINOLARINGOIATRICO PEDIATRICO
PEDIATRICO

19. VIDEO CONSULTO PER VISITE SPECIALISTICHE

Nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato la Società garantisce la possibilità di ottenere un video consulto per le prestazioni incluse nell'elenco sotto riportato, al fine di poter dialogare a distanza con uno specialista convenzionato.

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

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

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

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

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

È possibile usufruire della garanzia esclusivamente nei centri convenzionati con la Società e per un **massimo di 4 prestazioni** all'Anno per persona assicurata.

ELENCO DEI SERVIZI DI "VIDEO CONSULTO"
ALLERGOLOGICO
ANGIOLOGICO
CARDIOLOGICO
CHIRURGICO
DERMATOLOGICO

DIETOLOGICO (video consulto extra)
EMATOLOGICO
ENDOCRINOLOGICO
FISIATRICO
GASTROENTEROLOGICO
GINECOLOGICO
NEFROLOGICO
NEUROCHIRURGICO
NEUROLOGICO
OCULISTICO
ORTOPEDICO
OTORINOLARINGOIATRICO
PNEUMOLOGICO
PSICOLOGICO (video consulto extra)
REUMATOLOGICO
SENOLOGICO

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni assicurate in assenza di RICOVERO	Rif. Articolo	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri convenzionati	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri non convenzionati	Franchigie e Scoperti in SSN	Limiti
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI	16	Liquidazione diretta a carico della Società	Garanzia prevista solo in strutture convenzionate	Garanzia prevista solo in strutture convenzionate	Una volta l'anno
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI	17	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di	Rimborso integrale delle spese	€ 250,00 per persona

			€ 70,00 per fattura/persona		
VIDEO CONSULTO PER VISITE SPECIALISTICHE PEDIATRICHE	18	Liquidazione diretta a carico della Società	Garanzia prevista solo in centri convenzionati	Garanzia prevista solo in centri convenzionati	Massimo 4 prestazioni
VIDEO CONSULTO PER VISITE SPECIALISTICHE	19	Liquidazione diretta a carico della Società	Garanzia prevista solo in centri convenzionati	Garanzia prevista solo in centri convenzionati	Massimo 4 prestazioni

20. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto. Sono inoltre garantite tariffe agevolate per: visite specialistiche, accertamenti diagnostici ecografie di controllo, test prenatali effettuati nei 9 mesi di gravidanza.

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

L'accesso alle tariffe agevolate previsto dal presente articolo è da intendersi quale servizio gratuito offerto da UniSalute all'Assicurato nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato.

CHE COSA NON È ASSICURATO

21. PERSONE NON ASSICURABILI

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

- Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza;

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

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

22. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

- 1. le conseguenze dirette di infortuni nonché le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto;**
- 2. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.**
- 3. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;**
- 4. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;**
- 5. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni);**
- 6. i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuate anche in regime ambulatoriale;**
- 7. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;**
- 8. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.**
- 9. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;**
- 10. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;**

11. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni
12. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
13. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
14. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
15. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
16. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
17. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
18. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
19. tutte le terapie mediche;
20. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

23. LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata a partire dal 18° anno di età e fino al raggiungimento del 50° anno di età. In caso di compimento del 50° anno di età durante l'annualità di polizza, il contratto si intende valido fino a naturale scadenza del contratto.

COME ASSICURA

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

24. SERVIZI DI CONSULENZA GRATUITI

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti gratuitamente dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-822497** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici immediati

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

SERVIZI EROGATI PER IL TRAMITE DI SISALUTE (SOLO IN ASSENZA DI RICOVERO)

25. CORSO FORMATIVO DI PRIMO SOCCORSO PEDIATRICO E TARIFFE AGEVOLATE PER LA MAMMA E PER IL NEONATO

La Società, per il tramite di SiSalute, offre la possibilità di usufruire gratuitamente di un corso formativo di primo soccorso pediatrico e di tariffe agevolate per:

Servizi per la mamma

- tele/videoconsulto non medico (ostetrica, nutrizionista, etc.)

Servizi per il neonato

- pediatra a domicilio
- tele/videoconsulto pediatrico H24 - 7/7 giorni

La prestazione viene resa nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato.
Il costo delle singole prestazioni a tariffa agevolata, come sopra individuate, si intende totalmente a carico dell'Assicurato.

Per fruire dei servizi di cui al presente articolo, l'Assicurato riceverà da SiSalute le informazioni necessarie all'indirizzo di posta elettronica comunicato.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

26. DENUNCIA DEL SINISTRO

Per quanto concerne la garanzia **“Video Consulto per Visite Specialistiche Pediatriche”** e **“Video Consulto per Visite Specialistiche”**, i servizi vengono forniti da UniSalute, contattando il numero verde **800-822497** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

L'Assicurato, o chi per esso, dovrà preventivamente chiedere la prenotazione delle prestazioni extraricovero: **art. 16 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI**; **art. 17 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI**; sul sito www.unisalute.it utilizzando la funzione **“Prenotazione visite/esami”** disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti.

In caso di Ricovero art. 14 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER LA CORREZIONE DI MALFORMAZIONI CONGENITE DEL NEONATO, o nel caso in cui non possa accedere ad internet, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-822497 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

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

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura **sanitaria convenzionata** con la Società **senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa**, le spese sostenute potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza e più precisamente: **in caso di RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER LA CORREZIONE DI MALFORMAZIONI CONGENITE DEL NEONATO: art.14.2 Modalità di erogazione delle prestazioni, Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società;** **art. 16 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI: Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società;**

27. SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, **l'Assicurato deve inviare documentazione cartacea, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), direttamente a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8 - 40138 Bologna BO, la documentazione necessaria:**

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero (*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **“Trattamenti fisioterapici”**, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;

- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

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

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

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

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

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

28. SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai punti "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" ad eccezione delle prestazioni extraricovero per le quali non è richiesta prescrizione medica ai fini del rimborso o "Sinistri in strutture convenzionate con la Società".

Per chiedere il rimborso di quanto speso l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico. In alternativa può usare il modulo cartaceo.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'**indennità sostitutiva**, se prevista, **l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.**

29. SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante

contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

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

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

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

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

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

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

30. PAGAMENTO DEL SINISTRO

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

31. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

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

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

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

32. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

33. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

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

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

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

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

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

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

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 Giudiziarica o le Autorità di vigilanza⁽⁵⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi ai Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

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

I dati relativi alla Sua salute (come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviati in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'"Area riservata" del sito UniSalute, o utilizzando la fotocamera dello *smartphone* per l'App) sono necessari per dare corso alle prestazioni previste dalla Sua polizza e per fornirLe i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite) e per adempimenti normativi⁵. Il conferimento di questi dati è necessario per poterLe fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso Suo o del Suo eventuale familiare/convivente interessato⁽¹⁾⁽⁶⁾.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

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

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

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

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

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

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

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

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

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

Note

- In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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
- 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.
- 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 basato sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria).
- Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

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 Mamma”

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

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

Che tipo di assicurazione è?

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



Che cosa è assicurato?

L'Assicurazione, operante in caso di Malattia e Infortunio verificatasi durante l'operatività del contratto, permette all'Assicurato di ottenere l'Indennizzo delle spese mediche per Ricovero, con o senza Intervento Chirurgico avvenuto nel primo anno di vita del neonato, ottenere l'Indennizzo di spese mediche extra ospedaliere e di effettuare visite specialistiche a distanza.

SPESE SANITARIE:

- ✓ **Ricovero del neonato per la correzione di malformazioni congenite:** le spese mediche relative al Ricovero per la correzione di malformazioni congenite del neonato in Istituto di cura, in alternativa è prevista l'erogazione di una indennità per ogni giorno di ricovero.
- ✓ **Prestazioni diagnostiche particolari:** pagamento di un elenco specifico di prestazioni sanitarie effettuate per monitorare e prevenire l'insorgenza di stati patologici esclusivamente in strutture convenzionate con la società.
- ✓ **Trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi:** le spese per i trattamenti fisioterapici necessari alla riabilitazione del pavimento pelvico.
- ✓ **Video consulto per visite specialistiche pediatriche:** è previsto un Servizio che garantisce un confronto a distanza con professionisti specializzati in pediatria.
- ✓ **Video consulto per visite specialistiche:** è previsto un Servizio che garantisce un confronto a distanza con professionisti specializzati.
- ✓ **Servizi di consulenza:** sono forniti servizi di consulenza telefonica quali, informazioni sanitarie, prenotazioni di prestazioni sanitarie.

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

SERVIZI EROGATI DALLA SOCIETÀ, PER IL TRAMITE DI SiSalute:

- ✓ **Corso formativo di primo soccorso pediatrico:** si offre gratuitamente alla mamma un corso formativo di primo soccorso pediatrico.
- ✓ **Tariffe agevolate per tele/videoconsulto non medico:** tariffe agevolate per ostetrica, nutrizionista, ecc.
- ✓ **Visita domiciliare pediatrica, tele/videoconsulto pediatrico:** tariffe agevolate per visita domiciliare pediatrica, tele/videoconsulto pediatrico attivo H24 - 7/7 giorni.

Il costo delle prestazioni a tariffa agevolata, come sopra individuate, si intende totalmente a carico dell'Assicurato.

Per fruire dei servizi di cui al presente articolo, l'Assicurato riceverà da SiSalute le informazioni necessarie all'indirizzo di posta elettronica comunicato.

Per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Malattia o Infortunio.
 - ✗ Non sono assicurabili coloro i quali abbiano superato i seguenti limiti:
L'assicurazione può essere stipulata a partire dal 18° anno di età e fino al raggiungimento del 50° anno di età. In caso di compimento del 50° anno di età durante l'annualità di polizza, il contratto si intende valido fino a naturale scadenza del contratto.
 - ✗ Non sono assicurabili coloro i quali abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:
 - Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza;
 - Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
 - Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
 - Pancreatite acuta e cronica;
 - Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza;
 - Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
 - Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
 - sieropositività all'HIV;
 - persone che siano riconosciute invalidi civili per una percentuale superiore al 60%.
- e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi qualora sia stata stipulata in presenza di una delle malattie sopra indicate.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Scoperti (espressi in percentuale) e Franchigie (esprese in cifra fissa) e massimali specifici per garanzia, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.
- ! Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo che queste non siano derogate dalle singole garanzie):
 - le conseguenze dirette di infortuni nonché le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto;
 - le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
 - la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
 - le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
 - le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni);
 - i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuate anche in regime ambulatoriale;
 - gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;

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



Dove vale la copertura?

La copertura vale nel mondo intero.



Che obblighi ho?

La Società presta le coperture sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato di non essere affetto da alcuna delle patologie comportanti la non assicurabilità del soggetto. Non è prevista la compilazione del questionario sanitario.

Le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente e/o dell'Assicurato rese in sede di stipula del contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita automatica totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 c.c.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato in via anticipata per l'intera annualità assicurativa alla Direzione della Società, esclusivamente con carta di credito. Il pagamento è totalmente sicuro perché gestito tramite un protocollo di criptaggio dei dati certificato secondo gli standard più avanzati (SSL 3.1). Non è previsto il pagamento frazionato del premio annuale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha effetto e termina alle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento. I premi devono essere pagati alla Società.

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



Come posso disdire la polizza?

Entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto, il Contraente ha diritto di ripensamento e di ricevere in restituzione il premio pagato al netto delle imposte, comunicando la sua decisione tramite lettera raccomandata inviata all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Via Larga, 8, 40138 Bologna, oppure mediante e-mail a assicurazionemedica@unisalute.it, contenente gli elementi identificativi del contratto.

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

Assicurazione **MALATTIE e INFORTUNI**

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

COMPAGNIA: UNISALUTE S.p.A.

PRODOTTO: UniSalute Mamma

Data: 07/12/2022 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

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

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

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

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

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

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



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 limiti contrattualmente indicati, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER LA CORREZIONE DI MALFORMAZIONI CONGENITE DEL NEONATO: le spese in strutture private non convenzionate con la Società sono rimborsate con uno scoperto del 20%. Il limite annuo delle prestazioni corrisponde a € 50.000,00.

INDENNITA' SOSTITUTIVA A SEGUITO DI RICOVERO PER LA CORREZIONE DI MALFORMAZIONI CONGENITE DEL NEONATO: erogazione di diaria giornaliera di € 80,00 fino a 60 giorni di ricovero.

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI: la garanzia viene prestata una volta l'anno solo in forma diretta, in strutture convenzionate con la Società, per un elenco specifico di prestazioni.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A FINI RIABILITATIVI: le spese in strutture convenzionate rimangono a carico della Società, le spese in strutture private non convenzionate con la Società sono rimborsate con uno scoperto del 25% con una franchigia di € 70,00. Il limite annuo delle prestazioni corrisponde a € 250,00 per persona.

VIDEO CONSULTO PER VISITE SPECIALISTICHE PEDIATRICHE: le spese fruibili solo in strutture convenzionate rimangono a carico della Società, saranno erogate nel limite di 4 prestazioni all'anno per persona assicurata.

VIDEO CONSULTO PER VISITE SPECIALISTICHE: le spese fruibili solo in strutture convenzionate rimangono a carico della Società, saranno erogate nel limite di 4 prestazioni all'anno per persona assicurata.

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

Trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi: Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia e shiatsu.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro: Entro 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto, è possibile richiedere rimborso alla Società. In caso di sinistro relativo alle garanzie **RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER LA CORREZIONE DI MALFORMAZIONI CONGENITE DEL NEONATO, INDENNITA' SOSTITUTIVA A SEGUITO DI RICOVERO PER LA CORREZIONE DI MALFORMAZIONI CONGENITE DEL NEONATO, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A FINI RIABILITATIVI**, l'Assicurato deve inviare il modulo di denuncia del sinistro, copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute e 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. Si intendono gli invii esclusivamente tramite posta, sono esclusi gli invii tramite servizio Corrieri.

Assistenza diretta/in convenzione: Il contratto prevede per le garanzie di **TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A FINI RIABILITATIVI e PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI** 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. Inoltre il contratto prevede per le garanzie di **VIDEO CONSULTO PER VISITE SPECIALISTICHE e VISITE SPECIALISTICHE PEDIATRICHE**, la possibilità di ottenere un video consulto al fine di poter dialogare a distanza con uno specialista convenzionato. Per poter usufruire della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa UniSalute per richiedere la prenotazione del video consulto con professionisti specializzati, utilizzando il numero verde **800-822497**.

Il contratto prevede inoltre, in caso di esaurimento massimale o importo inferiore ai limiti contrattuali o per prestazioni non in copertura, la possibilità di richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto. Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad Unisalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

	<p>Gestione da parte di altre imprese:</p> <p>SERVIZI EROGATI PER IL TRAMITE DI SISALUTE (SOLO IN ASSENZA DI RICOVERO)</p> <p>La Società, per il tramite di SiSalute, prevede la possibilità di usufruire gratuitamente di un corso formativo di primo soccorso pediatrico e di tariffe agevolate per:</p> <p>Servizi per la mamma</p> <ul style="list-style-type: none"> - tele/videoconsulto non medico (ostetrica, nutrizionista, etc.) <p>Servizi per il neonato</p> <ul style="list-style-type: none"> - pediatra a domicilio - tele/videoconsulto pediatrico H24 - 7/7 giorni <p>La prestazione viene resa nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato.</p> <p>Il costo delle singole prestazioni a tariffa agevolata, come sopra individuate, si intende totalmente a carico dell'Assicurato.</p> <p>Per fruire dei servizi di cui al presente articolo, l'Assicurato riceverà da SiSalute le informazioni necessarie all'indirizzo di posta elettronica comunicato.</p>
	<p>Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI
Obblighi dell'impresa	La Società si impegna a pagare il Sinistro all'Assicurato entro 30 giorni da quando il medesimo è stato definito previo accordo o all'esito della procedura arbitrale, dietro presentazione della documentazione richiesta e salvo che non ricorra una delle esclusioni contrattualmente previste.
 <p>Quando e come devo pagare?</p>	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI.
Rimborso	A seguito del recesso per ripensamento dopo l'adesione all'Assicurazione, la Società provvede alla restituzione del Premio pagato e non goduto entro 30 giorni da quello in cui ha ricevuto la comunicazione del recesso, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a tuo carico.

 <p>Quando comincia la copertura e quando finisce?</p>	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.
 <p>Come posso disdire la polizza?</p>	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI

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

	A chi è rivolto questo prodotto?
---	---

Il prodotto è destinato alla cliente che desidera monitorare la gravidanza e il post parto e avere la copertura sanitaria in caso di interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite.

	Quali costi devo sostenere?
---	------------------------------------

costi di intermediazione: non sono previsti costi di intermediazione.

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, 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.
----------------------------------	--

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 Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa. I reclami indirizzati all'IVASS contengono: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.
------------------	--

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (*indicare quando obbligatori*):

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	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

risoluzione delle controversie	<p>giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.</p> <p>Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet 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.</p>
---------------------------------------	--

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