



ASSICURAZIONE SANITARIA

UniSalute ACUORE

Gentile Cliente
alleghiamo i seguenti documenti:

- DIP DANNI (Documento informativo precontrattuale danni)
- DIP AGGIUNTIVO DANNI (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi Danni)
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di Glossario (redatte in conformità alle Linee del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti)
- SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA
- MODULO DENUNCIA SINISTRO
- INFORMATIVA PRIVACY
- INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza offre una copertura sanitaria in caso di infortunio o malattia, che comporti o meno un ricovero, garantendo le spese delle prestazioni mediche fornite sia in regime di assistenza diretta (presso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute) sia in regime di assistenza indiretta (presso strutture sanitarie private o pubbliche del SSN). Sono previste delle coperture per gli stati di non autosufficienza e delle coperture di Assistenza in Italia e all'estero. Con questa polizza è possibile assicurare fino a 10 persone.



Che cosa è assicurato?

L'assicurazione opera in caso di malattia e di infortunio verificatisi durante l'operatività del contratto, permette all'assicurato di ottenere prestazioni relative a spese mediche in caso di ricovero e spese mediche per prestazioni extraricovero.

SEZIONE SPESE SANITARIE

MODULO ACUORE SUPER

- ✓ Ricovero a seguito di malattia o infortunio: sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia che abbiano reso necessario un ricovero in istituto di cura.
- ✓ Visite e trattamenti: sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia per prestazioni sanitarie.
- ✓ Prestazioni odontoiatriche: è previsto un “pacchetto” di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate nonché una serie di prestazioni odontoiatriche anche da infortunio e interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero.
- ✓ Prevenzione: in base alla fascia d'età dell'assicurato sono previste delle prestazioni di prevenzione.
- ✓ Stati di non autosufficienza temporanea: garantisce all'assicurato, con età minima 18 anni il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea.

MODULO ACUORE SMART

- ✓ Ricovero per Grande Intervento Chirurgico (GIC): sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia che abbiano reso necessario un ricovero per Grande Intervento Chirurgico (GIC).
- ✓ Visite e trattamenti: sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia per prestazioni sanitarie.
- ✓ Prestazioni odontoiatriche: è previsto un “pacchetto” di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate nonché una serie di prestazioni odontoiatriche a seguito di infortunio.
- ✓ Prevenzione: sono previste delle prestazioni di prevenzione da effettuare una volta all'anno.
- ✓ Stati di non autosufficienza temporanea: garantisce all'assicurato, con età minima 18 anni, il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea.

MODULO ACUORE LIGHT

- ✓ Ricovero per Grande Intervento Chirurgico (GIC): sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia che abbiano reso necessario un ricovero per Grande Intervento Chirurgico (GIC).
- ✓ Visite e trattamenti: sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia per prestazioni sanitarie.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone che hanno sofferto o soffrono delle seguenti patologie:
 - Tumori insorti nei 5 (cinque) anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza, salvo non sia intervenuta guarigione entro i termini e nei casi stabiliti dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193, «Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche» e successive modifiche e aggiornamenti;
 - Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e Parkinsonismi, sclerosi a placche o laterale amiotrofica);
 - Epatopatie croniche e cirrosi epatiche;
 - Pancreatite acuta e cronica;
 - Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 (cinque) 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 (cinque) anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
 - Demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie;
 - Ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 (tre) farmaci;
 - Tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica;
 - Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%, salvo quanto previsto all'Art. – “Stati di non autosufficienza temporanea”, punto b) per quanto attiene l'operatività specifica della garanzia;
 - Stato di non autosufficienza temporanea o permanente alla data di attivazione del presente piano sanitario.
- ✗ Per ciascun assicurato indicato in polizza, l'assicurazione:
 - opera a condizione che alla data di effetto della polizza, l'assicurato non abbia compiuto il 70° (settantesimo) anno di età;
 - cessa alla scadenza annuale successiva al compimento del 75° (settantacinquesimo) anno di età.



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.
- ! Per ogni Sezione prevista dall'Assicurazione - Sezione Spese Sanitarie

- ✓ **Prestazioni odontoiatriche:** è previsto un “pacchetto” di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l’anno in strutture sanitarie convenzionate nonché una serie di prestazioni odontoiatriche a seguito di infortunio.
- ✓ **Prevenzione:** sono previste delle prestazioni di prevenzione da effettuare una volta all’anno.

SEZIONE ASSISTENZA E SERVIZI ACCESSORI:

- ✓ garantisce all’assicurato l’erogazione di servizi di consulenza e prestazioni di assistenza in Italia e all’estero. Sono inoltre previsti servizi accessori.

UniSalute mette a disposizione dell’assicurato una rete convenzionata di strutture sanitarie in cui usufruire delle prestazioni sanitarie necessarie. L’assicurato può liberamente scegliere anche di utilizzare una struttura sanitaria non appartenente alla rete convenzionata (strutture private o SSN). La Compagnia presta le garanzie fino all’importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale / somma assicurata) e in base a eventuali limiti previsti per singole garanzie.

- Moduli ACUORE SUPER – ACUORE SMART - ACUORE LIGHT - e Sezione Assistenza) sono altresì previste delle esclusioni (che indicano situazioni non comprese nelle garanzie), sempre operanti..



Dove vale la copertura?

- ✓ La polizza vale nel mondo intero.



Che obblighi ho?

UniSalute presta la copertura assicurativa in base alle circostanze di rischio dichiarate dal contraente alla stipula. Se la dichiarazione contiene informazioni errate o incomplete UniSalute può essere indotta a sottovalutare il rischio che, diversamente, avrebbe giudicato non assicurabile o assicurabile ad un premio più alto. In questo caso, se il contraente rilascia tali informazioni errate o incomplete con dolo (cioè, con coscienza e volontà) o colpa grave, UniSalute può rifiutare la liquidazione del sinistro e chiedere l’annullamento dell’assicurazione. Se invece il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, UniSalute può liquidare il sinistro riducendolo in proporzione al minor premio percepito e può recedere dall’assicurazione (ad esempio, se UniSalute ha percepito il 50% del premio che avrebbe chiesto valutando correttamente il rischio, liquiderà solo il 50% dell’importo del sinistro). UniSalute presta le coperture sulla base delle dichiarazioni dell’Assicurato di non essere affetto da alcuna delle patologie comportanti la non assicurabilità della persona.



Quando e come devo pagare?

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

Il Premio è pagato dal Contraente a UniSalute in un’unica soluzione o, in alternativa, il Contraente può optare per il relativo pagamento frazionato.

Il pagamento del Premio in un’unica soluzione deve essere eseguito nel momento della stipulazione della Polizza e ad ogni rinnovo annuale

Il Premio può essere frazionato semestralmente, quadrimestralmente, trimestralmente o mensilmente, non sono applicati oneri di frazionamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L’Assicurazione ha durata annuale, con effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Polizza, se il Premio o la prima rata sono stati pagati.

Se il Contraente non paga la prima rata del Premio, l’Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno dell’avvenuto pagamento.

Se il Contraente non paga i Premi o una o più rate del Premio successive alla prima, UniSalute, ai sensi dell’art. 1901 del Codice Civile, si riserva la facoltà di sospendere l’Assicurazione dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza del pagamento. In questo caso, l’Assicurazione riprenderà efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento.

L’Assicurazione è stipulata con tacito rinnovo, pertanto, si rinnova di anno in anno se il contraente o UniSalute non ne dà disdetta



Come posso disdire la polizza?

Premesso che sia UniSalute che il contraente possono disdire la polizza, il contraente deve inviare la propria disdetta a UniSalute almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza della polizza con:

lettera raccomandata indirizzata a UniSalute S.p.A. - Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia)

oppure PEC all’indirizzo: unisalute@pec.unipol.it

Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

UniSalute S.p.A.

Prodotto: UniSalute Acuore

Data: 01/01/2025 - 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 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 2023 il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 273,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 114,4 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 2023, è pari ad € 111,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 32,4 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 247,3 milioni e ad € 245,1 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2023, pari a 2,22 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 7,57 volte il requisito minimo 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.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

E' obbligatorio scegliere uno dei 3 (tre) moduli previsti dalla polizza tra:

- MODULO ACUORE SUPER
- MODULO ACUORE SMART
- MODULO ACUORE LIGHT

Il MODULO ACUORE ASSISTENZA è sempre operante



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

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

Esclusioni

MODULO ACUORE SUPER, MODULO ACUORE SMART e MODULO ACUORE LIGHT l'assicurazione non è operante per:

- 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 stipula del contratto. Il presente punto non si applica quando la Polizza è stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra Polizza relativa ad uno dei seguenti prodotti assicurativi. In questo caso si prenderà come data di effetto contrattuale quella relativa al primo effetto contrattuale in continuità:
- Sistema Salute Nuova Edizione
- Orizzonte Salute Nuova Edizione
- UniSalute ACUORE
- UniSalute ACUORE XL
- Orizzonte Salute
- Sistema salute
- ACUORE
- ACUORE XL
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipula del contratto.
In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 (quattro) diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 (nove) diottrie
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività della polizza)
- i ricoveri e i day hospital durante i quali vengono effettuate cure o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati 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 alcol e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni
- gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport e relative prove o allenamenti svolto a titolo professionale. Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); la pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'uso di veicoli e natanti a motore e la pratica dei seguenti sport e relative prove o allenamenti: pugilato, atletica pesante, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idro-sci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, uso di canoa nei tratti montani, nei fiumi o torrenti caratterizzati da cascate (canyoning e rafting). Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica e relative prove o allenamenti di qualsiasi altro sport che possa essere considerato estremo e/o pericoloso in analogia con le attività sportive sopra indicate
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato

- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e 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 guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici
- tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali

A integrazione delle esclusioni di cui sopra sono previste le seguenti:

MODULO ACUORE SUPER Parte A - Ricovero a seguito di malattia o infortunio

- "Post ricovero": sono escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera
- "Day Hospital": la garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati in Day Hospital ai soli fini diagnostici

MODULO ACUORE SUPER Parte B - Visite e trattamenti

- "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (con omeopatia)": sono escluse le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici
- "Trattamenti fisioterapici riabilitativi: sono escluse dalla garanzia le prestazioni:
 - di linfodrenaggio, pressoterapia e shiatsu;
 - effettuate presso palestre, club ginnico sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

MODULO ACUORE SUPER Parte C - Prestazioni odontoiatriche

l'assicurazione non opera per:

- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

MODULO ACUORE SMART e MODULO ACUORE LIGHT Parte A - Ricovero per Grande Intervento Chirurgico (GIC)

- "Day Hospital per Grande Intervento Chirurgico": la garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati in Day Hospital ai soli fini diagnostici

MODULO ACUORE SMART e MODULO ACUORE LIGHT Parte B - Visite e trattamenti

- "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (con omeopatia)": sono escluse le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici

MODULO ACUORE SUPER e MODULO ACUORE SMART Parte E - Stati di non autosufficienza temporanea

l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

- di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze
- dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave
- di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni
- di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti
- dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti
- di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno
- del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute
- di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto)
- di partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali
- di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato
- delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici
- di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici
- di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali

MODULO ACUORE ASSISTENZA

UniSalute:

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

- non riconosce rimborsi né importi compensativi relativi a coperture delle quali l'Assicurato non ha usufruito per sua scelta o perché non ne ha avuto la necessità;
- non riconosce rimborsi, né indennizzi compensativi, per prestazioni organizzate da altre compagnie di Assicurazione o da altri enti o che non siano state richieste, in fase di erogazione dell'Assistenza, alla Centrale Operativa e da queste organizzate;
- non risponde dei fatti dolosi o colposi di professionisti dalla stessa incaricati di erogare le consulenze telefoniche ed è estranea a ogni eventuale controversia che insorgesse tra l'Assicurato e tale professionista.

Franchigie

NON PREVISTE

Scoperti

MODULO ACUORE SUPER Parte B - Visite e trattamenti

- ! "Alta specializzazione" in assistenza indiretta scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 60,00
- ! "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" in assistenza indiretta scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 60,00
- ! "Trattamenti fisioterapici riabilitativi" in assistenza indiretta scoperto del 20%
- ! "Protesi/ausili ortopedici e acustici" scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 50,00

MODULO ACUORE SUPER Parte C - Prestazioni odontoiatriche

- ! "Odontoiatria/ortodonzia" in assistenza diretta: scoperto 15%; in assistenza indiretta: scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 100,00
- ! "cure dentarie da infortunio" in assistenza diretta: scoperto 15%, in assistenza indiretta: scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 100,00
- ! "Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero" in assistenza indiretta: scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 100,00

MODULO ACUORE SMART e MODULO ACUORE LIGHT Parte B - Visite e trattamenti

- ! "Alta specializzazione" in assistenza indiretta scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 60,00
- ! "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" in assistenza indiretta scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 60,00

MODULO ACUORE SMART Parte B - Visite e trattamenti

- ! "Protesi/ausili ortopedici e acustici" scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 50,00



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

Prestazioni del MODULO ACUORE SUPER, del MODULO ACUORE SMART e del MODULO ACUORE LIGHT

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate, l'assicurato deve preventivamente prenotare la prestazione o il ricovero tramite APP o l'area riservata del sito internet www.unisalute.it oppure tramite la Centrale Operativa di UniSalute, telefonando al numero verde 800-009943 dall'Italia oppure al numero 0039 0514161791 dall'estero. All'atto della prestazione, dovrà presentare alla struttura convenzionata i documenti attestanti la propria identità e la prescrizione medica, qualora richiesta.

Nel caso di prestazioni sanitarie erogate da istituti di cura non convenzionati, l'assicurato deve inviare direttamente a UniSalute, tramite APP o l'area riservata del sito internet, oppure alla sede di UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO, il modulo di denuncia riportato nelle Condizioni di Assicurazione, la documentazione necessaria a consentire gli accertamenti e le valutazioni del caso e prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Prestazioni del MODULO ACUORE ASSISTENZA

L'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero 800 212477 e comunicare la Prestazione richiesta, mettendo a disposizione ogni documento utile che possa permettere la verifica del diritto alla prestazione (generalità, estremi identificativi del contratto, ecc.) e comprovare l'evento per il quale necessita della prestazione di Assistenza.

Assistenza diretta/in convenzione:

Le garanzie del presente contratto possono essere prestate in assistenza diretta, tramite le strutture sanitarie e i medici convenzionati, con pagamento diretto delle spese assicurate da parte di UniSalute.

Gestione da parte di altre imprese:

	Per le prestazioni operanti dall'estero del MODULO ACUORE ASSISTENZA ci si avvale della collaborazione di UnipolAssistance S.c.r.l. (prefisso internazionale dell'Italia + 051 4161781).
	Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI
Obblighi dell'impresa	La Società si impegna a pagare il Sinistro all'Assicurato entro 30 (trenta) giorni da quando il medesimo è stato definito previo accordo o all'esito della procedura arbitrale, dietro presentazione della documentazione richiesta e salvo che non ricorra una delle esclusioni contrattualmente previste

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI
Rimborso	Esclusivamente nel caso in cui sia contrattualmente previsto il diritto di ripensamento, qualora l'assicurato decida di avvalersi di tale diritto dopo l'adesione all'Assicurazione, UniSalute 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.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	L'Assicurazione decorre dalle ore 24: - Del giorno stesso di effetto dell'Assicurazione per gli Infortuni; - Del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le Malattie; - Del 60° (sessantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per l'Aborto e le Malattie dipendenti da gravidanza; - Del 300° (trecentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per il parto e le Malattie da puerperio; - Del 1° (primo) giorno del VI (sesto) Anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le infezioni da HIV a condizione che l'Assicurato non fosse già affetto da HIV all'atto dell'attivazione del piano sanitario, nel qual caso troverebbero applicazione l'art. – “Persone non assicurabili”. I Periodi di carenza sopra indicati non si applicano quando la Polizza è stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra Polizza relativa ad uno dei seguenti Prodotti assicurativi. In questo caso si prenderà come data di effetto contrattuale quella relativa al primo effetto contrattuale in continuità: - Sistema Salute Nuova Edizione - Orizzonte Salute Nuova Edizione - UniSalute ACUORE - UniSalute ACUORE XL - Orizzonte Salute - Sistema salute - ACUORE (prodotto di Arca Assicurazioni S.p.A.) - ACUORE XL (prodotto di Arca Assicurazioni S.p.A.) Nell'ipotesi sopra esposta i termini operano a) per gli stessi assicurati: - dal giorno di effetto della Polizza sostituita, qualora le prestazioni e i massimali risultanti dalla presente Polizza pari o inferiori a quella sostituita; - dal giorno di effetto della presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste. b) per i nuovi assicurati dalla data di effetto del presente contratto.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

--	--

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Se l'Assicurazione viene acquistata <u>tramite tecniche di comunicazione a distanza</u> il Contraente, entro 14 (quattordici) giorni dalla data in cui è stata stipulata l'Assicurazione, ha diritto di recedere inviando a UniSalute una comunicazione contenente gli elementi identificativi della Polizza, con le seguenti modalità: • lettera raccomandata indirizzata a UniSalute S.p.A. - Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia); oppure • PEC all'indirizzo di posta elettronica certificata unisalute@pec.unipol.it A seguito del recesso, il Contraente ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto entro 30 (trenta) giorni da quello in cui UniSalute avrà ricevuto la comunicazione di recesso, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico. Il recesso non può essere esercitato se l'Assicurazione è stipulata a favore di un terzo, se non con il consenso del terzo stesso. Per ulteriori informazioni, il Contraente può consultare l'apposita informativa precontrattuale per contratti danni stipulati a distanza, inserita nella parte finale delle Condizioni di Assicurazione.
Risoluzione	Non prevista.

 A chi è rivolto questo prodotto?
Il prodotto UniSalute ACUORE si rivolge a persone fisiche o giuridiche che intendono assicurare una o più persone fisiche (con il limite di dieci), in relazione al rimborso di spese sanitarie sostenute a seguito di infortunio o malattia, nonché l'ottenimento di prestazioni di assistenza

 Quali costi devo sostenere?
Costi di intermediazione La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 24,00% del Premio imponibile

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, o il comportamento di UniSalute, dell'agente o dell'intermediario assicurativo a titolo accessorio (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori) devono essere inoltrati per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami- Via Larga, 8- 40138 Bologna- Fax: 0517096892. 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. È possibile anche inviare il reclamo direttamente all'agente o all'intermediario assicurativo a titolo accessorio se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi dipendenti o collaboratori. I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla Sezione B o D del Registro Unico Intermediari (Broker/Mediatore o Banche), nonché degli Intermediari assicurativi iscritti nell'elenco annesso, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni.

	Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet di UniSalute www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste. Una volta ricevuto il reclamo, la Funzione Reclami di UniSalute deve fornire riscontro al reclamante/proponente nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, oppure 60 (sessanta) giorni nel caso il reclamo riguardi il comportamento dell'agente o dell'intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi dipendenti e collaboratori).
All'IVASS	Nel caso in cui l'esponente non si ritiene soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, può rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 (sessanta) giorni. I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e di UniSalute, contengono: - nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; - individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; - breve ed esauritiva descrizione del motivo di lamentela; - copia del reclamo presentato a UniSalute o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; - ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet di UniSalute : www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di validità dell'Assicurazione, ove previste. Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS. - Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.
PRIMA DI 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 risoluzione delle controversie	- Arbitrato irrituale: ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica possono essere demandate a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. - Commissione paritetica: La risoluzione delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione delle clausole contrattuali è demandata altresì alla apposita Commissione paritetica.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET

RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO



ASSICURAZIONE SANITARIA

UniSalute ACUORE

Contratto di assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 02452 / 000 / 00000 / H - Ed. 01/01/2025

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

INDICE

GLOSSARIO	7
SEZIONE 1: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	14
PERSONE ASSICURATE E CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	14
1. PERSONE ASSICURATE	14
2. INCLUSIONI / ESCLUSIONI	14
3. PERSONE NON ASSICURABILI	15
3 bis. DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO	16
4. LIMITI DI ETÀ'	16
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	16
5. DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	16
6. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE	17
7. TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE	18
8. DIRITTO DI RIPENSAMENTO 	18
QUANDO E COME DEVO PAGARE	19
9. PREMIO 	19
10. PAGAMENTO DEL PREMIO	21
CHE OBBLIGHI HO	22
11. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	22
12. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO	22
13. DIMINUZIONE DEL RISCHIO	22
14. ALTRE ASSICURAZIONI	22
ALTRE NORME	23
15. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	23
16. FORO COMPETENTE	23
17. LEGISLAZIONE APPLICABILE	23
18. REGIME FISCALE	23
19. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	23
SEZIONE 2: SPESE SANITARIE – MODULO ACUORE SUPER	24
COSA ASSICURA	24
20. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	24
21. PARTE A – Ricovero	24
21.1 SOMMA ASSICURATA	24
21.2 RICOVERO IN UN ISTITUTO DI CURA 	24
21.3 TRASPORTO SANITARIO	26
21.4 DAY HOSPITAL	26
21.5 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	26
21.6 TRAPIANTI	27
21.7 PARTO E ABORTO	27

21.8	RICOVERO DEL NEONATO	28
21.11	RIMPATRIO DELLA SALMA.....	28
21.12	INTERVENTI CHIRURGICI SPECIFICI	28
21.13	INDENNITÀ SOSTITUTIVA	29
21.14	OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE.....	29
22.	PARTE B – Visite e Trattamenti	29
22.1	CURE ONCOLOGICHE.....	29
22.2	ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE.....	30
22.3	ALTA SPECIALIZZAZIONE.....	30
22.4	VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (CON OMEOPATIA)	31
22.5	PRESTAZIONI SANITARIE SUL NASCITURO.....	31
22.6	TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI	31
22.7	PROTESI/AUSILI ORTOPEDICI E ACUSTICI.....	32
23.	PARTE C – Prestazioni Odontoiatriche	32
23.1	PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (ASSISTENZA DIRETTA).....	32
23.2	ODONTOIATRIA/ORTODONZIA	33
23.3	CURE DENTARIE DA INFORTUNIO.....	34
23.4	INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRA RICOVERO	34
24.	PARTE D – Prevenzione	35
24.1	PREVENZIONE OBESITÀ INFANTILE.....	35
24.2	PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI	36
24.3	PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI SPECIFICHE PER ETÀ.....	36
24.4	SINDROME METABOLICA: ASSISTENZA DIRETTA ONLINE	37
24.5	DIAGNOSI COMPARATIVA	38
25.	PARTE E – Stati di non autosufficienza temporanea.....	39
25.1	STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA	39
	CHE COSA NON È ASSICURATO	41
26.	ESCLUSIONI	41
	COME ASSICURA	44
27.	MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	44
28.	VALIDITA' TERRITORIALE	45
	SEZIONE 2 BIS: SPESE SANITARIE - MODULO ACUORE SMART	46
	COSA ASSICURA.....	46
29.	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	46
30.	PARTE A – Ricovero per Grande Intervento Chirurgico.....	46
30.1	SOMMA ASSICURATA	46
30.2	RICOVERO IN UN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC) 	46
30.3	TRASPORTO SANITARIO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC).....	48
30.4	DAY HOSPITAL PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC).....	48
30.5	INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)	48

30.6	TRAPIANTI	49
30.7	RIMPATRIO DELLA SALMA.....	49
30.8	INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)	49
30.9	OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE.....	50
31.	PARTE B – Visite e trattamenti.....	50
31.1	CURE ONCOLOGICHE.....	50
31.2	ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE.....	50
31.3	ALTA SPECIALIZZAZIONE.....	50
31.4	VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (CON OMEOPATIA)	51
31.5	PROTESI/AUSILI ORTOPEDICI E ACUSTICI.....	52
32.	PARTE C – Prestazioni odontoiatriche	52
32.1	PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (ASSISTENZA DIRETTA).....	52
32.2	CURE DENTARIE DA INFORTUNIO.....	53
33.	PARTE D – Prevenzione	54
33.1	PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI	54
33.2	DIAGNOSI COMPARATIVA	54
34.	PARTE E - Stati di non autosufficienza temporanea	55
34.1	STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA	55
	CHE COSA NON È ASSICURATO	57
35.	ESCLUSIONI	58
	COME ASSICURA	60
36.	MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	60
37.	VALIDITA' TERRITORIALE	61
	SEZIONE 2 TER: SPESE SANITARIE - MODULO ACUORE LIGHT	62
	COSA ASSICURA.....	62
38.	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	62
39.	PARTE A – Ricovero per Grande Intervento Chirurgico.....	62
39.1	SOMMA ASSICURATA	62
39.2	RICOVERO IN UN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC) 	62
39.3	TRASPORTO SANITARIO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC).....	64
39.4	DAY HOSPITAL PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC).....	64
39.5	INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)	64
39.6	TRAPIANTI	65
39.7	RIMPATRIO DELLA SALMA.....	65
39.8	INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)	65
39.9	OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE.....	66
40.	PARTE B – Visite e trattamenti.....	66
40.1	CURE ONCOLOGICHE.....	66
40.2	ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE.....	66
40.3	ALTA SPECIALIZZAZIONE.....	66

40.4	VISITE SPECIALISTICHE (CON OMEOPATIA).....	67
41.	PARTE C – Prestazioni odontoiatriche.....	68
41.1	PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (ASSISTENZA DIRETTA).....	68
41.2	CURE DENTARIE DA INFORTUNIO.....	69
42.	PARTE D – Prevenzione	69
42.1	PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI	69
42.2	DIAGNOSI COMPARATIVA	70
	CHE COSA NON È ASSICURATO	72
43.	ESCLUSIONI	72
	COME ASSICURA	73
44.	MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	73
45.	VALIDITA' TERRITORIALE	74
	SEZIONE 3: ASSISTENZA E SERVIZI ACCESSORI	81
46.	SERVIZI DI CONSULENZA E DI ASSISTENZA.....	81
	COSA NON È ASSICURATO	84
47.	ESCLUSIONI	84
	COME ASSICURA	84
48.	VALIDITA' TERRITORIALE	85
49.	SERVIZI ACCESSORI	86
	SEZIONE 4: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	88
50.	DENUNCIA DEL SINISTRO	88
51.	PROVINCIA SCOPERTA IN ITALIA.....	88
52.	PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	88
53.	NORME SPECIFICHE PER LE SEZIONI 2 E 2BIS: SPESE SANITARIE - MODULO ACUORE SUPER: PARTE A - Ricovero a seguito di Malattia o Infortunio; PARTE B - Visite e trattamenti - MODULO ACUORE SMART E MODULO ACUORE LIGHT: PARTE A - RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC) E PARTE B - VISITE E TRATTAMENTI 	88
53.1	MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA PARTE A E B: SINISTRI IN ASSISTENZA DIRETTA.....	89
53.2	MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA PARTE A E B: SINISTRI IN ASSISTENZA INDIRETTA	90
53.3	SERVIZI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PARTE A E B.....	90
54.	NORME SPECIFICHE PER LE SEZIONI: 2 -2 BIS E 2 TER :SPESE SANITARIE – MODULO ACUORE SUPER, MODULO ACUORE SMART, MODULO ACUORE LIGHT: PARTE C – PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE.....	92
54.1	MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA PARTE C: SINISTRI IN Assistenza DIRETTA.....	92
55.	NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE 2:SPESE SANITARIE - MODULO ACUORE SUPER: PARTE C - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	93
55.1	MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA PARTE C: SINISTRI IN Assistenza INDIRETTA	93
55.2	SERVIZI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PARTE C.....	93
56.	NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE 2: SPESE SANITARIE – MODULO ACUORE SUPER: PARTE D – PREVENZIONE.....	93
56.1	MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA PARTE D MODULO ACUORE SUPER: SINISTRI IN ASSISTENZA DIRETTA.....	93
57.	NORME SPECIFICHE PER LE SEZIONI2 BIS E 2 TER: SPESE SANITARIE - MODULO ACUORE SMART E MODULO ACUORE LIGHT: PARTE D - PREVENZIONE	94
57.1	MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA PARTE D MODULO ACUORE SMART: SINISTRI IN Assistenza DIRETTA.....	94

58.	NORME SPECIFICHE PER LE SEZIONI 2 E 2 BIS: SPESE SANITARIE - MODULO ACUORE SUPER E MODULO ACUORE SMART: PARTE E - STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI CON ETÀ MINIMA 18 ANNI.....	94
58.1	MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA PARTE E: SINISTRI IN Assistenza DIRETTA	94
58.2	MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA PARTE E: SINISTRI IN ASSISTENZA INDIRETTA.....	94
59.	PAGAMENTO DEL SINISTRO	95
60.	GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	95
61.	PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO.....	96
62.	CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE.....	96
63.	INFORMATIVA “HOME INSURANCE” - INDICAZIONI PER L’ACCESSO ALL’AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018.....	96
	ALLEGATO 1 - INTERVENTI CHIRURGICI SPECIFICI (ASSISTENZA INDIRETTA)	97
	ALLEGATO 2 - ALTA SPECIALIZZAZIONE	98
	ALLEGATO 3 - ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (GIC)	100
	ALLEGATO 4 – SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA.....	103
	ALLEGATO 5 – MODULO DI DENUNCIA SINISTRO	106
	Modulo denuncia di sinistro richiesta di rimborso	106
	INFORMATIVA PRIVACY	99
	INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER CONTRATTI DANNI STIPULATI A DISTANZA.....	103
	INFORMATIVA SU DIRITTO ALL’OBLIO ONCOLOGICO.....	103

Caro Cliente,

UniSalute ACUORE è la Polizza assicurativa per la protezione della Tua salute che Ti offre la possibilità di beneficiare di una migliore assistenza sanitaria grazie a una ricca gamma di coperture, prestazioni e servizi a Te dedicati.

La Polizza UniSalute ACUORE Ti dà la possibilità di scegliere tra tre diversi moduli:

ACUORE SUPER: che offre una risposta completa in caso di Malattia o Infortunio. Garantisce la copertura delle spese per prestazioni sanitarie sia in caso di Ricovero sia in assenza di Ricovero. Sono previste anche prestazioni di prevenzione e prestazioni per stati di non autosufficienza.

ACUORE SMART: pensata soprattutto per chi desidera tutelarsi in caso di Grande Intervento Chirurgico (GIC). Garantisce la copertura delle spese per prestazioni sanitarie anche in assenza di ricovero per Grande Intervento Chirurgico (GIC).

ACUORE LIGHT: che offre una serie di garanzie in caso di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico (GIC). Garantisce, inoltre, anche il rimborso di alcune spese sanitarie, tra cui visite e trattamenti.

Nelle Condizioni di Assicurazione sono presenti:

- IL GLOSSARIO
- la SEZIONE SPESE SANITARIE – MODULO ACUORE SUPER;
- la SEZIONE SPESE SANITARIE – MODULO ACUORE SMART;
- la SEZIONE SPESE SANITARIE – MODULO ACUORE SMART;
- SEZIONE ASSISTENZA E SERVIZI ACCESSORI;
- MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO;
- L'INFORMATIVA PRIVACY;
- L'INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER CONTRATTI DANNI STIPULATI A DISTANZA;
- L'INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO.

Per facilitare la comprensione e la lettura delle Condizioni di Assicurazione, abbiamo inserito appositi box di

consultazione, contrassegnati con il simbolo della lente di ingrandimento , che forniscono informazioni aggiuntive, esempi ed approfondimenti specifici relativi ad aspetti dell'Assicurazione di particolare rilevanza. Specificiamo, che i contenuti inseriti nei box di consultazione hanno solo una valenza esemplificativa di tematiche che potrebbero essere di difficile comprensione.

Il set informativo di UniSalute ACUORE è disponibile sul sito www.UniSalute.it e Ti viene comunque inviato tramite posta elettronica o con altre modalità da Te scelte al momento dell'acquisto della Polizza.

Grazie per l'interesse dimostrato.

GLOSSARIO

Nel "Glossario" specifichiamo il significato delle parole che, nel testo delle Condizioni di Assicurazione, trovi contraddistinte dalla lettera maiuscola iniziale; le parole al singolare includono il plurale e viceversa.

Aborto

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

Aborto spontaneo

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

Aborto terapeutico

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

Accertamento diagnostico

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

Agente

Gli Intermediari che agiscono in nome o per conto di una o più Imprese di Assicurazione o di riassicurazione, iscritti nella sezione A del Registro.

Anno

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

Assicurato

Ciascuna persona fisica, che presenta i requisiti richiesti dall'assicurazione, nel cui interesse viene stipulata la polizza.

Assicurazione

La copertura assicurativa oggetto del presente contratto di assicurazione, come definito dall'art 1882 del Codice civile, oppure la copertura assicurativa oggetto di ciascuna garanzia del presente contratto di assicurazione.

Assistenza

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

Assistenza diretta

Prestazioni eseguite a favore dell'Assicurato in Strutture Sanitarie Convenzionate, il cui pagamento è effettuato direttamente da UniSalute.

Assistenza indiretta

Prestazioni eseguite a favore dell'Assicurato in Strutture Sanitarie Non Convenzionate, il cui pagamento è a carico dell'Assicurato.

Assistenza infermieristica

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

Atti ordinari della vita

Spostarsi: capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio;

Lavarsi: capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo;

Vestirsi: capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente;

Nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire.

Banca

Gli intermediari che agiscono in nome o per conto di una o più Imprese di Assicurazione o di riassicurazione, iscritti nella sezione D del Registro.

Broker

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

Centrale operativa

È la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che, con costi a carico di UniSalute, provvede a:

- Organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture sanitarie convenzionate;
- Fornire informazioni sull'assicurazione, sui convenzionamenti delle Strutture sanitarie convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

Contraente

La persona fisica 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.

Day hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica.

Diagnosi comparativa

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

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).

Franchigia

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

Grande intervento chirurgico (GIC)

Interventi chirurgici riportati nelle Condizioni di Assicurazione (Allegato n.3).

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato da UniSalute in caso di Ricovero o Day hospital, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il Ricovero o il Day hospital stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post Ricovero o di Day hospital, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di Polizza.

Indennizzo

La somma dovuta da UniSalute in caso di Sinistro.

Infortunio

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

Intermediario

Gli Agenti e/o le Banche e/o i Broker che agiscono in nome o per conto di UniSalute ai fini della vendita dell'assicurazione.

Intermediari iscritti nell'elenco annesso

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

Intervento chirurgico

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

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

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.

Lettera d'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 Sistema Sanitario Nazionale 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.

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 compagnia si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Medicinale

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

Pandemia

Manifestazione collettiva d'una malattia con tendenza a diffondersi rapidamente.

PEC

Posta elettronica certificata

Periodi di carenza contrattuali

Periodo nel quale non sono attive le garanzie dell'assicurazione e pertanto non possono essere autorizzate prestazioni dirette né rimborsate le spese sostenute.

Piano terapeutico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare e che deve essere comunicato a UniSalute per rendere possibile la successiva "presa in carico". Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte a una nuova presa in carico da parte di UniSalute.

Polizza:

Il documento che prova l'assicurazione ai sensi dell'articolo 1888 del Codice civile.

Premio

La somma dovuta dal Contraente a UniSalute.

Presa in carico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Comunicazione di UniSalute al centro odontoiatrico convenzionato in ordine alle prestazioni contenute nel piano terapeutico che UniSalute 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 nell'Assicurazione.

Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza

Documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o rappresentante legale e dal medico curante.

Registro

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

Retta di degenza

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

Ricovero

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

Ricovero di lunga convalescenza (definizione relativa a “stati di non autosufficienza”)

La degenza in Istituto di Cura specializzata nell’assistenza agli anziani.

Rischio

La probabilità del verificarsi del Sinistro.

Scheda anamnestica (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento redatto dal dentista, in collaborazione con l’Assicurato, che descrive lo stato dell’apparato masticatorio dell’Assicurato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell’Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario – avvenuta e fatturata durante l’operatività dell’Assicurazione– per la quale è prestata l’Assicurazione, che comporta un’attività gestionale per UniSalute.

Somma assicurata

L’importo stabilito negli specifici articoli di Polizza che rappresenta la spesa massima che la compagnia si impegna a prestare nei confronti dell’Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste in Polizza.

Spese voluttuarie

Tutte quelle spese che soddisfano bisogni non necessari alla degenza del paziente al fine del recupero fisico post-intervento chirurgico (quali a esempio tv o connessione wi-fi presso la casa di cura in cui viene effettuato il ricovero).

Stato di non autosufficienza consolidato

Situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell’Assicurato, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico (inclusi i relativi medici e chirurghi dedicati all’Assicurazione), ambulatorio odontoiatrico (inclusi i relativi dentisti e odontoiatri dedicati all’Assicurazione) e, in generale, qualsiasi operatore sanitario – con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle relative prestazioni.

UniSalute

UniSalute s.p.a., cioè la Compagnia assicuratrice.

SiSalute

SiSalute s.r.l., cioè la società di servizi interamente controllata da UniSalute, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A., che svolge attività di servizi nel settore dell'Assistenza alla persona e in particolare nel settore dell'Assistenza sanitaria integrativa.

Visita medica specialistica

La prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Non sono considerate Visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in medicina generale nonché da altre tipologie di professionisti (quali a titolo esemplificativo il biologo nutrizionista).

SEZIONE 1: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

PERSONE ASSICURATE E CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

1. PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione è prestata a favore della persona individuata dal Contraente come Assicurato principale e degli eventuali altri Assicurati, inclusi nell'Assicurazione per effetto del successivo art. 2. "Inclusioni/Esclusioni".

In ogni caso, non sarà possibile assicurare più di 10 (dieci) persone per Polizza.

Ciascun Assicurato deve rispettare i requisiti indicati dai successivi articoli "Persone non assicurabili" e "Limiti di età".

Il Premio deve essere pagato per ogni Assicurato.

2. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

L'Assicurazione può essere estesa ad un ulteriore Assicurato in qualunque momento, con conseguente adeguamento del Premio, e nel rispetto dei requisiti indicati all'articolo "Persone Assicurate".

L'esclusione di un Assicurato, invece, potrà avvenire solo in occasione della scadenza annuale della Polizza, che verrà conseguentemente aggiornata con il calcolo del nuovo Premio.

Inclusioni ed esclusioni sono comunicate all'Intermediario di riferimento.

La scelta del modulo da parte del Contraente sarà valida per tutti gli assicurati della Polizza.

I moduli delle Sezioni "Spese Sanitarie" tra cui scegliere sono i seguenti:

- MODULO ACUORE SUPER: che offre una serie di garanzie in caso di Ricovero da Malattia o Infortunio. Inoltre, sono previste visite e trattamenti, prestazioni odontoiatriche oltre che servizi di prevenzione e garanzie per gli stati di non autosufficienza temporanea.
- MODULO ACUORE SMART: che offre una serie di garanzie in caso di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico (GIC). Inoltre, sono previste visite e trattamenti, visite odontoiatriche oltre che servizi di prevenzione e garanzie per gli stati di non autosufficienza temporanea.
- MODULO ACUORE LIGHT: che offre una serie di garanzie in caso di Ricovero Per Grande Intervento Chirurgico (GIC). Garantisce inoltre, alcune spese mediche, tra cui visite e trattamenti.

Tutti i moduli sono abbinati alla Sezione 3 "Assistenza e Servizi Accessori" che offre una serie di servizi di assistenza e consulenza dall'Italia o dall'estero.

È possibile cambiare, anche in corso d'anno, il modulo scelto, con conseguente adeguamento del Premio, secondo le seguenti modalità:

- Al Contraente, che ha optato per il MODULO ACUORE SMART è data la facoltà di passare al MODULO ACUORE SUPER;
- Al Contraente, che ha optato per il MODULO ACUORE LIGHT, è data la facoltà di passare al MODULO ACUORE SMART oppure al MODULO ACUORE SUPER.

In questo caso, i termini di cui all'Art. "Periodi di carenza contrattuale" opereranno dal giorno di sostituzione modulo, limitatamente alle somme e alle diverse prestazioni previste dal nuovo modulo.

3. PERSONE NON ASSICURABILI

Sono definite "persone non assicurabili" le persone per le quali la garanzia non è prestabile.

Non sono assicurabili le persone hanno sofferto o soffrono delle seguenti patologie:

- Tumori insorti nei 5 (cinque) anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza, salvo non sia intervenuta guarigione entro i termini e nei casi stabiliti dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193 , «*Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche*» e successive modifiche e aggiornamenti;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e Parkinsonismi, sclerosi a placche o laterale amiotrofica);
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 (cinque) 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 (cinque) anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- Demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie;
- Ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 (tre) farmaci;
- Tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica;
- Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%, salvo quanto previsto all'Art. – "Stati di non autosufficienza temporanea", punto b) per quanto attiene l'operatività specifica della garanzia;
- Stato di non autosufficienza temporanea o permanente alla data di attivazione della Polizza.

Premesso che UniSalute non avrebbe acconsentito a stipulare l'Assicurazione laddove avesse saputo che l'Assicurato, al momento della stipulazione era affetto o era stato affetto da qualcuna delle patologie sopra elencate, al contratto si intendono applicabili gli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile e i sinistri nel frattempo verificatisi non sono quindi indennizzabili.

L' articolo non trova applicazione qualora la presente Polizza, relativamente agli stessi Assicurati, sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza relativa ad uno dei seguenti Prodotti assicurativi:

- Sistema Salute Nuova Edizione

- Orizzonte Salute Nuova Edizione
- UniSalute ACUORE
- UniSalute ACUORE XL
- Orizzonte Salute
- Sistema salute
- ACUORE (prodotto Arca Assicurazioni S.p.A.)
- ACUORE XL (prodotto Arca Assicurazioni S.p.A.).

3 bis. DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193 che ha introdotto il cosiddetto "Diritto all'Obligo Oncologico" che stabilisce il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica da più di 10 (dieci) anni (5 (cinque) anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima dei 21 (ventuno) anni di età) a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione di salute nella fase di stipulazione o successivamente, nonché in fase di rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi.

Il successivo Decreto del 22 marzo 2024 ha poi stabilito che per alcune patologie oncologiche si applicano termini inferiori rispetto a quelli generali sopra indicati. Sono previsti ulteriori decreti attuativi e provvedimenti che completeranno il quadro normativo in materia.

Pertanto, laddove tali informazioni fossero erroneamente dichiarate dall'Assicurato o fossero già note UniSalute, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Per saperne di più e per tutti gli aggiornamenti normativi, l'Assicurato può consultare l'Informativa sempre aggiornata sul sito www.unisalute.it alla pagina dedicata.

4. LIMITI DI ETÀ'

Per ciascun Assicurato, l'Assicurazione:

- opera a condizione che alla data di effetto della Polizza, l'Assicurato non abbia compiuto il **70° (settantesimo) Anno di età**;
- cessa alla scadenza annuale successiva al compimento del **75° (settantacinquesimo) Anno di età**.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

5. DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione ha durata annuale, con effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Polizza, se il Premio o la prima rata sono stati pagati.

Se il Contraente non paga la prima rata del Premio, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Se il Contraente non paga i Premi o una o più rate del Premio successive alla prima, UniSalute, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile, si riserva la facoltà di sospendere l'Assicurazione dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza del pagamento. In questo caso, l'Assicurazione riprenderà efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento.

6. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto all'Art. "Durata ed effetto dell'Assicurazione", relativamente alle Sezioni "Spese Sanitarie" di ciascun modulo, la copertura decorre dalle ore 24:

- Del giorno stesso di effetto dell'Assicurazione per gli Infortuni;
- Del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le Malattie;
- Del 60° (sessantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per l'Aborto e le Malattie dipendenti da gravidanza;
- Del 300° (trecentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per il parto e le Malattie da puerperio;
- Del 1° (primo) giorno del VI (sesto) Anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le infezioni da HIV a condizione che l'Assicurato non fosse già affetto da HIV all'atto dell'attivazione del piano sanitario, nel qual caso troverebbero applicazione l'art.. – "Persone non assicurabili".

I Periodi di carenza sopra indicati non si applicano quando la Polizza è stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra Polizza relativa ad uno dei seguenti Prodotti assicurativi. In questo caso si prenderà come data di effetto contrattuale quella relativa al primo effetto contrattuale in continuità:

- Sistema Salute Nuova Edizione
- Orizzonte Salute Nuova Edizione
- UniSalute ACUORE
- UniSalute ACUORE XL
- Orizzonte Salute
- Sistema salute
- ACUORE (prodotto di Arca Assicurazioni S.p.A.)
- ACUORE XL (prodotto di Arca Assicurazioni S.p.A.)

Nell'ipotesi sopra esposta i termini operano

a) per gli stessi assicurati:

- dal giorno di effetto della Polizza sostituita, qualora le prestazioni e i massimali risultanti dalla presente Polizza pari o inferiori a quella sostituita;
- dal giorno di effetto della presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

b) per i nuovi assicurati dalla data di effetto del presente contratto.

7. TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE¹

L'Assicurazione è stipulata con tacito rinnovo, pertanto, si rinnova di Anno in Anno se il Contraente o UniSalute non ne dà disdetta nei termini di seguito descritti.

- Disdetta Contraente
il Contraente deve inviare la propria disdetta, almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza della Polizza:
 - ✓ a UniSalute, con lettera raccomandata indirizzata a UniSalute S.p.A. - Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia) o con PEC all'indirizzo unisalute@pec.unipol.it;
 - oppure
 - ✓ all'eventuale Intermediario di riferimento.
- Disdetta UniSalute
UniSalute deve inviare la propria disdetta al Contraente almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza della Polizza con lettera raccomandata indirizzata all'indirizzo dichiarato dal Contraente.

Se UniSalute modifica il Premio per il rinnovo dell'Assicurazione, UniSalute o l'eventuale Intermediario che ha venduto la Polizza, comunica tale modifica al Contraente con raccomandata almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza dell'Assicurazione.

Il Contraente può accettare o rifiutare il nuovo Premio proposto.

Se il Contraente accetta, deve pagare il nuovo Premio alla scadenza, in questo modo l'Assicurazione si rinnova e viene variata solo per il Premio.

Se il Contraente non accetta, deve limitarsi a non pagare il nuovo Premio proposto; in questo caso la Società rinuncia ad agire per la sua riscossione e l'Assicurazione cessa per disdetta alla data di scadenza.

Se è previsto l'addebito diretto del Premio, il Contraente **deve richiedere l'interruzione dell'addebito** inviando una comunicazione, almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza della Polizza, a:

- UniSalute, con le modalità sopra individuate per la "disdetta Contraente";
 - oppure
 - all'eventuale Intermediario che ha venduto la Polizza;
- anche in questo caso UniSalute rinuncia ad agire per la riscossione del nuovo Premio proposto e l'Assicurazione cessa per disdetta alla data di scadenza.

8. DIRITTO DI RIPENSAMENTO²

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

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

² Il Contraente può sempre esercitare il diritto di ripensamento?

Se l'Assicurazione viene acquistata tramite tecniche di comunicazione a distanza³ , il Contraente, **entro 14 (quattordici) giorni dalla data in cui è stata stipulata l'Assicurazione**, ha diritto di recedere inviando a UniSalute una comunicazione contenente gli elementi identificativi della Polizza, con le seguenti modalità:

- lettera raccomandata indirizzata a UniSalute S.p.A. - Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia); oppure
- PEC all'indirizzo unisalute@pec.unipol.it.

Se l'Assicurazione viene acquistata a distanza da un Intermediario, il Contraente può inviare la comunicazione relativa al recesso anche allo stesso Intermediario.

A seguito del recesso, il Contraente ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto entro 30 (trenta) giorni da quello in cui UniSalute o l'Intermediario che ha venduto l'Assicurazione avrà ricevuto la comunicazione di recesso, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico. Il recesso non può essere esercitato se l'Assicurazione è stipulata a favore di un terzo, se non con il consenso del terzo stesso.

Per ulteriori informazioni, il Contraente può consultare l'apposita **informativa precontrattuale per contratti danni stipulati a distanza**, inserita alla fine del presente contratto.

QUANDO E COME DEVO PAGARE

9. PREMIO

Il Premio varia in relazione al modulo scelto dal Contraente ed alla fascia di età di ogni singolo Assicurato.

Al momento della sottoscrizione della Polizza, ad ogni Assicurato viene applicato il Premio previsto per il modulo scelto dal Contraente in base alla fascia d'età nella quale rientra l'Assicurato al momento della sottoscrizione.

Poi, in occasione degli eventuali successivi rinnovi, il Premio viene adeguato applicando ad ogni singolo Assicurato l'eventuale incremento determinato dal passaggio dell'Assicurato stesso nella successiva fascia di età, come indicato nella tabella di seguito riportata:

No, il diritto di ripensamento è riconosciuto al Contraente, entro i termini descritti nel presente contratto, soltanto nel caso di vendita realizzata con tecniche di comunicazione a distanza. Pertanto, al di fuori di questa casistica, il Contraente non può recedere dalla Polizza.

³ Che cos'è una vendita realizzata con tecniche di comunicazione a distanza?

Si tratta dei casi in cui l'Assicurazione è acquisita a distanza, senza la presenza fisica e simultanea del Contraente e dell'Intermediario (o, comunque, di un rappresentante di UniSalute), mediante l'uso esclusivo di uno o più mezzi di comunicazione a distanza fino alla conclusione dell'Assicurazione, compresa la conclusione della Assicurazione stessa. Pertanto, NON rientrano in questa casistica, per esempio, le vendite realizzate presso i locali commerciali di un'Agente o le filiali di una Banca. Sono, invece, vendite a distanza, gli acquisti online.

⁴ Cos'è il premio?

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

Età	Incremento tariffario		
	Opzione Super	Opzione Smart	Opzione Light
0-9	+0%	+0%	+0%
9-10	+86%	+100%	+84%
10-19	+0%	+0%	+0%
19-20	+71%	+79%	+57%
20-29	+0%	+0%	+0%
29-30	+17%	+15%	+35%
30-39	+0%	+0%	+0%
39-40	+21%	+13%	+23%
40-49	+0%	+0%	+0%
49-50	+29%	+39%	+29%
50-59	+0%	+0%	+0%
59-60	+24%	+24%	+36%
60-69	+0%	+0%	+0%
69-70	+24%	+35%	+28%
70-75	+0%	+0%	+0%

I Premi annui per il complesso delle prestazioni comprensivi di oneri fiscali corrispondono ai seguenti importi:

Età	Modulo Acuore Super	Modulo Acuore Smart	Modulo Acuore Light
0-9	370 €	210 €	125 €
10-19	690 €	420 €	230 €
20-29	1.180 €	750 €	360 €
30-39	1.380 €	860 €	485 €
40-49	1.670 €	970 €	595 €
50-59	2.150 €	1.350 €	765 €
60-69	2.670 €	1.670 €	1.040 €
70-75	3.300 €	2.250 €	1.330 €

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

- 2 assicurati: 10%
- 3 assicurati: 15%

- 4 assicurati: 25%
- 5 - 10 assicurati: 30%.

10. PAGAMENTO DEL PREMIO

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

Il Premio è pagato dal Contraente a UniSalute in un'unica soluzione o, in alternativa, il Contraente può optare per il relativo pagamento frazionato.

Il pagamento del Premio in un'unica soluzione deve essere eseguito nel momento della stipulazione della Polizza e ad ogni rinnovo annuale

Il Premio può essere frazionato semestralmente, quadrimestralmente, trimestralmente o mensilmente, non sono applicati oneri di frazionamento.

Qualora il Contraente decida di optare per il frazionamento del Premio, deve comunicarlo all'atto di sottoscrizione della Polizza.

In caso di frazionamento le modalità di pagamento sono le seguenti:

1. all'atto del perfezionamento dell'Assicurazione, il Contraente deve (i) provvedere al pagamento anticipato della prima rata del Premio convenuto, (ii) obbligarsi a pagare le rate di Premio residue – a tal fine il Contraente deve sottoscrivere apposito mandato SEPA Direct Debit (S.D.D.), autorizzando quindi la propria banca ad accettare i corrispondenti ordini di addebito di UniSalute, (iii) autorizzare espressamente UniSalute alla trasmissione di comunicazioni contrattuali e di servizio all'indirizzo di posta elettronica o al numero di cellulare indicati, impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.
2. Il pagamento alla scadenza di ogni rata è accettato da UniSalute con riserva di verifica e salvo buon fine.
3. In caso di esito negativo del pagamento, UniSalute invia pronta comunicazione al Contraente.

In caso di sostituzione della Polizza, se il Contraente vuole continuare ad avvalersi del pagamento tramite S.D.D. anche sulla nuova polizza, a condizione che la tale modalità di pagamento sia prevista anche per la nuova polizza, il Contraente deve contestualmente sottoscrivere un nuovo mandato di adesione al servizio S.D.D.

In caso di eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie ed In ogni ipotesi di revoca o di modifica del servizio di addebito S.D.D., il Contraente deve provvedere al pagamento del Premio residuo. A tal fine, **il Contraente deve concordare con UniSalute o con l'eventuale Intermediario che ha venduto la Polizza una nuova forma di pagamento.** Si precisa che il beneficio del

frazionamento mensile del Premio è concesso da UniSalute solo nel caso di pagamento tramite addebito S.D.D.

CHE OBBLIGHI HO

11. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

UniSalute offre l'Assicurazione in base alle circostanze di Rischio dichiarate dal Contraente alla stipula. Se la dichiarazione contiene informazioni errate o incomplete UniSalute può essere indotta a sottovalutare il Rischio che, diversamente, avrebbe giudicato non assicurabile o assicurabile ad un Premio più alto. In questo caso, se il Contraente rilascia tali informazioni errate o incomplete con dolo (cioè con coscienza e volontà) o colpa grave, UniSalute può rifiutare la liquidazione del Sinistro e chiedere l'annullamento dell'Assicurazione. Se invece il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, UniSalute può liquidare il Sinistro riducendolo in proporzione al minor Premio percepito e può recedere dall'Assicurazione (ad esempio, se UniSalute ha percepito il 50% del Premio che avrebbe chiesto valutando correttamente il Rischio, liquiderà solo il 50% dell'importo del Sinistro).

12. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

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

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

13. DIMINUZIONE DEL RISCHIO

L'Assicurato o il Contraente è tenuto a comunicare alla le eventuali diminuzioni del Rischio. In tale evenienza la Compagnia è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla suddetta comunicazione dell'Assicurato o del Contraente ai sensi dell'articolo 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo recesso.

14. ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare a UniSalute l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso Rischio.

In caso di Sinistro, il Contraente, o l'Assicurato, deve avvisare tutti gli Assicuratori per iscritto e indicare a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile.

L'Assicurato deve richiedere a ciascun Assicuratore l'Indennizzo dovuto secondo la rispettiva assicurazione autonomamente considerata, purché le somme complessivamente ricevute non superino l'ammontare del danno.

ALTRE NORME

15. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione successive alla stipula della Polizza devono essere provate per iscritto.

16. FORO COMPETENTE

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

17. LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata al contratto è quella italiana (quando il rischio è ubicato in Italia).

18. REGIME FISCALE

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

Il contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le aliquote attualmente in vigore pari al 2,5% per le Spese Sanitarie.

19. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SEZIONE 2: SPESE SANITARIE – MODULO ACUORE SUPER

COSA ASSICURA

In caso di Malattia o Infortunio

20. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera in caso di Malattia e Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato in funzione delle prestazioni indicate in Polizza per:

Parte A – Ricovero

Parte B – Visite e trattamenti

Parte C – Prestazioni odontoiatriche

Parte D – Prevenzione

Parte E – Stati di non autosufficienza temporanea

Le modalità di utilizzo delle strutture sopra indicate vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

21. PARTE A – Ricovero

21.1 SOMMA ASSICURATA

La somma assicurata annua complessiva, riferita a ciascun Assicurato e a tutte le spese relative alle prestazioni previste in garanzia in caso di Ricovero e definite negli articoli successivi, è pari a **500.000 (cinquecentomila) euro, salvo limiti previsti per singole garanzie.**

21.2 RICOVERO IN UN ISTITUTO DI CURA ⁵

Sono assicurate le spese sostenute dall'Assicurato in conseguenza di Infortunio o Malattia che abbiano reso necessario un Ricovero; UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre – Ricovero:

120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del Ricovero.

⁵ Per poter usufruire della copertura assicurativa il mio ricovero deve avvenire obbligatoriamente presso una **Struttura sanitaria convenzionata con UniSalute?**

No, la copertura assicurativa in caso di ricovero opera sia per le prestazioni presso i Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute sia per quelle presso strutture sanitarie non convenzionate, variando le modalità di liquidazione del sinistro (pagamento diretto da parte di UniSalute o a rimborso all'Assicurato) e nell'applicazione di Scoperti/Franchigie.

È previsto il rimborso degli esami, degli Accertamenti diagnostici e delle Visite mediche specialistiche effettuati nei 120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del Ricovero purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che hanno determinato il Ricovero stesso ^{ES} .

La presente garanzia è prestata esclusivamente in forma rimborsuale.

b) Intervento chirurgico:

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

c) Assistenza medica, Medicinali, cure:

prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, Medicinali, esami e Accertamenti diagnostici effettuati durante il periodo di Ricovero. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono assicurati solo se durante il Ricovero è stato eseguito un Intervento Chirurgico.

d) Rette di degenza:

trattamento alberghiero (escluse le Spese Voluttuarie).

L'Assicurazione è prestata come segue:

- Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria convenzionata (Assistenza diretta) le spese sostenute verranno pagate direttamente da UniSalute;
- Ricovero dell'Assicurato in struttura sanitaria non convenzionata (Assistenza indiretta) la garanzia è prestata nel limite di **400 (quattrocento) euro al giorno**.

e) Accompagnatore:

L'Assicurato deve preventivamente comunicare alla Struttura Sanitaria Convenzionata e a UniSalute, la presenza di un accompagnatore. La Struttura Sanitaria Convenzionata verificherà la disponibilità di vitto e pernottamento per l'accompagnatore e UniSalute provvederà al pagamento della retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di Cura.

In caso di mancata disponibilità per l'accompagnatore da parte della Struttura Sanitaria Convenzionata, oppure in caso di ricovero in Istituto Di Cura non convenzionato con UniSalute, la stessa provvederà al rimborso delle spese alberghiere sostenute nel limite di **75 (settantacinque) euro al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni per Ricovero**.

f) Assistenza Infermieristica privata individuale:

^{ES} L'Assicurato si sottopone a un esame prescritto dal medico e necessita di un ricovero:
L'Assicurato effettua il Ricovero in Assistenza diretta: contatta la Centrale Operativa per prenotare la clinica e rimane ricoverato per 7 giorni;
Pagamento delle spese: somma disponibile in caso di ricovero € 500.000,00 annua.
Avendo effettuato le prestazioni in Assistenza diretta le spese sono a carico di UniSalute; nessuna spesa a carico dell'Assicurato.

Assistenza Infermieristica privata individuale nel limite di **75 (settantacinque) euro al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni esclusivamente durante il periodo di Ricovero.**

g) Post-Ricovero:

120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione del Ricovero.

Sono previsti in garanzia gli esami e Accertamenti diagnostici, Medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime solo se la richiesta è 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 120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione del Ricovero, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero stesso.

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.

I Medicinali previsti in copertura sono prestati in forma esclusivamente rimborsuale.

21.3 TRASPORTO SANITARIO

UniSalute rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario:

- all'Istituto Di Cura;
- da un Istituto Di Cura a un altro;
- di rientro alla propria abitazione;

con il massimo di **1.500 (millecinquecento) euro per Ricovero.**

In caso di trapianto di organo, fermo il limite di cui sopra, sono assicurate anche le spese di trasporto dell'organo.

21.4 DAY HOSPITAL

In caso di Day Hospital, Unisalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni definite agli articoli.:

- "Ricovero in Istituto di Cura";
- "Trasporto sanitario".

Per entrambe le prestazioni valgono i limiti e le modalità in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati in Day Hospital ai soli fini diagnostici.

21.5 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Art. – "Ricovero in Istituto di Cura", lettera a);

- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera b);
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera c);
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera g);
- Art. – “Trasporto sanitario”;

con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.

21.6 TRAPIANTI

Nel caso di Ricovero per trapianto di organi o di parte di essi, UniSalute provvede al pagamento delle spese previste dagli Articoli. “Ricovero in Istituto di Cura”, e “Trasporto sanitario”, con i relativi limiti in essi indicati, nonché:

- le spese necessarie per il prelievo dell’organo dal donatore;
- le spese per il trasporto dell’organo.

Relativamente alle prestazioni previste dall’Art. 22.2 – Ricovero in un Istituto Di Cura, lettera a), durante il pre-Ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione di organo da parte di donatore vivente sono assicurate anche le spese per le prestazioni effettuate durante il Ricovero del donatore limitatamente a:

- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera a);
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera b);
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera c);
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera d);

con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.

21.7 PARTO E ABORTO

a) Parto cesareo

In caso di Ricovero per parto cesareo effettuato sia in Struttura Sanitaria Convenzionata (Assistenza diretta) sia in struttura non convenzionata (Assistenza indiretta), UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera b);
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera c);
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera d) senza applicazione dei limiti previsti per tale prestazione;
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera e) senza applicazione dei limiti previsti per tale prestazione;
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera g);
- Art. – “Trasporto sanitario”;

con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.

L’Assicurazione è prestata fino a un massimo di **5.000(cinquemila) euro per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato.**

b) Parto non cesareo, Aborto Terapeutico o spontaneo

In caso di Ricovero per parto non cesareo, Aborto Terapeutico o Spontaneo effettuato sia in Struttura Sanitaria Convenzionata (Assistenza diretta) sia in struttura non convenzionata (Assistenza indiretta), UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera b);
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera c);
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera d) senza applicazione dei limiti previsti per tale prestazione;
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera e) senza applicazione dei limiti previsti per tale prestazione;
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera g) con l'estensione di 2 (due) visite di controllo nel periodo successivo al parto sempre nei termini dei 120 (centoventi) giorni successivi;
- Art. – “Trasporto sanitario”;

con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.

Per tali prestazioni l'Assicurazione è prestata fino a un massimo di **4.000 (quattromila) euro per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato.**

21.8 RICOVERO DEL NEONATO

Qualora, a seguito di parto indennizzabile ai sensi di Polizza, si rendesse necessario per il neonato nei primi 2 (due) anni di vita un Ricovero per Malattia anche congenita e/o Infortunio, la Compagnia assicura, con gli stessi limiti di Massimale e di copertura pattuiti per la madre e/o per il padre assicurati (qualora in copertura al momento del parto) e sempreché per lo/la stessa sia stato pagato il relativo Premio nel corso del biennio, le spese conseguenti a tale Ricovero.

Qualora il neonato venga inserito tra gli assicurati di polizza con almeno uno dei 2 (due) genitori Assicurato, non saranno applicati i limiti previsti per le malattie pregresse.

21.11 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato, avvenuto durante un Ricovero presso un Istituto Di Cura all'estero, UniSalute provvede al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **1.500 (millecinquecento) euro per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato.**

21.12 INTERVENTI CHIRURGICI SPECIFICI

Nel caso di interventi chirurgici previsti dall'Allegato 1, effettuati in regime di Ricovero, Day Hospital o di regime ambulatoriale, per ciascun intervento, UniSalute provvede al rimborso delle spese relative all' Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, con il limite della somma indicata, per ciascun intervento, nell'Allegato 1, senza applicazione dei sottolimiti previsti nel suddetto articolo.

Sono inoltre assicurate le spese per il trasporto sanitario come da Art. – “Trasporto sanitario”.

Qualora l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute e a medici con essa convenzionati, i massimali, riportati nell'Allegato 1 – Interventi chirurgici specifici, non si intendono operanti (Assistenza diretta).

21.13 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

a) Durante il Ricovero

Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso a UniSalute per le prestazioni ricevute durante il periodo di Ricovero, avrà diritto all'erogazione, come indennità, dell'importo giornaliero di 150 (centocinquanta) per ogni giorno di Ricovero per un massimo di 100 (cento) giorni per Ricovero. Oltre al pagamento dell'Indennità Sostitutiva, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera a);
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera g);

senza l'applicazione di eventuali limiti previsti all'Art. – “Modalità di erogazione delle prestazioni” e assoggettate a un massimo di **2.000 (duemila) euro per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato.**

Qualora a seguito di ricovero dovuto a un'epidemia riconosciuta da OMS, l'indennità sostitutiva viene riconosciuta anche per i giorni di isolamento domiciliare prescritti in fase di dimissione dall'istituto di cura, per un periodo non superiore a 14 (quattordici) giorni per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato.

b) Day Hospital

Nel caso di Ricovero in regime di Day Hospital, l'importo giornaliero della diaria si intende di **150.00 (centocinquanta) euro.**

21.14 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

UniSalute, tramite la propria rete convenzionata, mette a disposizione prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di Assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 120 (centoventi) giorni successivi alla data di dimissioni, per Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura.

UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Il Massimale annuo Assicurato corrisponde a **10.000 (diecimila) euro per Assicurato e annualità assicurativa.**

22. PARTE B – Visite e Trattamenti

22.1 CURE ONCOLOGICHE

UniSalute liquida, in deroga all'Art. “Esclusioni”, punto 18), nei casi di malattie oncologiche, le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di Ricovero o Day Hospital sia in regime di extra-Ricovero), con Somma Assicurata autonoma pari a **5.000 (cinquemila) euro per Assicurato e annualità assicurativa.**

Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli Accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche. È facoltà dell'Assicurato usufruire delle prestazioni previste secondo le modalità di seguito descritte:

- Assistenza diretta: le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da Unisalute alle Strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia;
- Assistenza indiretta: le spese relative alle prestazioni assicurate sono rimborsate integralmente all'Assicurato;
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

22.2 ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

UniSalute rimborsa le spese di Assistenza Infermieristica domiciliare nel limite di **60 (sessanta) euro al giorno per un massimo di 60 (sessanta) giorni per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato.**

22.3 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono assicurate, in deroga all'Art. – “Esclusioni”, punto 18) le spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni extraospedaliere di Alta Specializzazione come elencate all'Allegato 2, nel limite complessivo annuo di **5.000 (cinquemila) euro per Assicurato.**

È facoltà dell'Assicurato usufruire delle prestazioni previste secondo le modalità di seguito descritte:



- Assistenza diretta: le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.

ES L'Assicurato necessita di effettuare una risonanza magnetica

Somma assicurata annua 5.000 (cinquemila) euro

- Prestazione in Assistenza diretta: l'Assicurato dopo avere prenotato la prestazione sanitaria tramite i servizi on line (sito www.UniSalute.it o APP UniSalute) oppure tramite la Centrale Operativa di UniSalute, si presenterà alla struttura selezionata e sosterrà l'esame senza nessun costo a suo carico.
- Prestazione in Assistenza indiretta: l'Assicurato, non utilizza una Struttura sanitaria convenzionata e dopo aver usufruito della prestazione, dovrà richiedere il rimborso della spesa assicurata e produrre la documentazione medica necessaria e la relativa fattura saldata.
Limite per la prestazione 5.000 (cinquemila) euro il costo della prestazione ammonta a 200 (duecento) euro.
Se la prestazione è assicurata, verrà rimborsata la spesa sostenuta, con applicazione di uno Scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di 60,00, pari a 140,00 (centoquaranta) euro;
Spesa sostenuta 200 - 60 = 140 (centoquaranta) euro spesa rimborsata.
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale del ticket sanitario.

- Assistenza indiretta: le spese relative alle prestazioni assicurate sono rimborsate all'Assicurato con applicazione di uno Scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni Accertamento Diagnostico o ciclo di terapia.
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico che, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

22.4 VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (CON OMEOPATIA)

Sono assicurate le spese sostenute, nel limite annuo di **1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato**, per Visite mediche specialistiche, visite omeopatiche e per Accertamenti diagnostici conseguenti a Malattia o a Infortunio, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Rientra in garanzia esclusivamente la prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

È facoltà dell'Assicurato usufruire delle prestazioni previste secondo le modalità di seguito descritte:

- Assistenza diretta: nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.
- Assistenza indiretta: le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni visita specialistica o Accertamento Diagnostico. I documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

22.5 PRESTAZIONI SANITARIE SUL NASCITURO

Qualora, durante il Ricovero della madre assicurata indennizzabile ai sensi di Polizza, si rendessero necessarie prestazioni sanitarie effettuate sul nascituro per sospette o manifeste malattie o malformazioni dello stesso, UniSalute assicura tali spese con gli stessi limiti di Massimale e di copertura pattuiti per la madre e sempreché per la stessa sia stato pagato il relativo Premio. La villocentesi deve intendersi esclusa.

22.6 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

UniSalute provvede, in deroga all'Art. – “Esclusioni”, punto 18,) nel limite annuo di **350 (trecentocinquanta) euro per Assicurato**, al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a

seguito di Malattia o Infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti dal medico “di base” o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa; sono assicurate anche le spese per la pratica di agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

Sono escluse dalla garanzia le prestazioni:

- di linfodrenaggio, pressoterapia e shiatsu;
- effettuate presso palestre, club ginnico sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

È facoltà dell'Assicurato usufruire delle prestazioni assicurate secondo le modalità di seguito descritte:

- Assistenza diretta: in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia a carico dell'Assicurato;
- Assistenza indiretta: le spese relative alle prestazioni assicurate sono rimborsate all'Assicurato con applicazione di uno Scoperto del 20% per fattura/persona;
- Sistema Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

22.7 PROTESI/AUSILI ORTOPEDICI E ACUSTICI

UniSalute rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di **1.000 (mille) euro per Assicurato**.

Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici e acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, apparecchi acustici, ecc.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno Scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di 50 (cinquanta) euro per fattura/persona.

23. PARTE C – Prestazioni Odontoiatriche

23.1 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (ASSISTENZA DIRETTA)

UniSalute provvede, in deroga a quanto previsto all'Art. – “Esclusioni”, punto 4), al pagamento del “pacchetto” di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile **1 (una) volta l'Anno in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**.

Le prestazioni che costituiscono il “pacchetto” servono a monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici non ancora conclamati e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Di seguito il dettaglio delle prestazioni che costituiscono il “pacchetto”:

- a) Assicurati di età maggiore o uguale a 15 (quindici) anni:

Nel caso in cui l'Assicurato abbia un'età maggiore o uguale a 15 (quindici) anni rientra esclusivamente in copertura:

- Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso a un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso Anno assicurativo, UniSalute provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. "Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

La seconda seduta deve essere preventivamente comunicata e autorizzata da UniSalute.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.

b) Assicurati di età minore di 15 (quindici) anni:

Nel caso in cui l'Assicurato abbia un'età minore di 15 (quindici) anni rientrano esclusivamente in copertura:

- Fluorazione (applicazione topica di fluoro) e/o sigillatura dei solchi, massimo 4 (quattro) elementi, con eventuale visita di controllo.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di fluorazione nell'arco dello stesso Anno assicurativo, UniSalute provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente.

La seconda seduta deve essere preventivamente comunicata e autorizzata da UniSalute.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.

23.2 ODONTOIATRIA/ORTODONZIA

UniSalute provvede, in deroga a quanto previsto all'Art. – "Esclusioni", punto 4), al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribassamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e altre prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico (ortopantomografia, dentalscan, telecranio).

Rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

È facoltà dell'Assicurato usufruire delle prestazioni assicurate secondo le modalità di seguito descritte:

- Assistenza diretta: in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di uno Scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla Struttura Sanitaria Convenzionata con UniSalute al momento dell'emissione della fattura;

- Assistenza indiretta: in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate ed effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con applicazione di uno Scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di 100 (cento) euro per fattura/persona;
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Le spese relative alle prestazioni sanitarie sono assicurate nel limite annuo per ciascun Assicurato di **600 (seicento) euro per persona**.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con UniSalute, è previsto un sotto Massimale di **200 (duecento) euro per Assicurato**.

23.3 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

UniSalute liquida all'Assicurato, a parziale deroga a quanto previsto all'Art. – “Esclusioni”, punto 4), le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di Infortunio.

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

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

È facoltà dell'Assicurato usufruire delle prestazioni assicurate secondo le modalità di seguito descritte:

- Assistenza diretta: in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di uno Scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla Struttura Sanitaria Convenzionata con UniSalute al momento dell'emissione della fattura;
- Assistenza indiretta: in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate ed effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con applicazione di uno Scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di 100 (cento) euro per fattura/persona;
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Le spese relative alle prestazioni sanitarie sono assicurate nel limite annuo di **2.500 (duemilacinquecento) euro per Assicurato**.

23.4 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRA RICOVERO

UniSalute liquida, in deroga a quanto previsto all'Art. – “Esclusioni”, punto 4), le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie comprese le prestazioni d'implantologia dentale anche se successivi a interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

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

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

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

- radiografie e referti radiologici per rimozione d'impianto dislocato nel seno mascellare, e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare, rilasciati da medico chirurgo specialista in Radiodiagnostica;
- radiografie, referti radiologici rilasciati da medico chirurgo specialista in Radiodiagnostica e referti istologici rilasciati da medico chirurgo specialista in Anatomia Patologica, per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

È facoltà dell'Assicurato usufruire delle prestazioni assicurate secondo le modalità di seguito descritte:

- Assistenza diretta: in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate senza l'applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia;
- Assistenza indiretta: in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate ed effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con applicazione di uno Scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di 100 (cento) euro per fattura/persona;
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Le spese relative alle prestazioni sanitarie sono assicurate nel limite annuo di **5.000 (cinquemila) euro per Assicurato**.

24. PARTE D – Prevenzione

24.1 PREVENZIONE OBESITÀ INFANTILE

La presente garanzia è prestata a favore degli Assicurati, di età compresa tra i 4 (quattro) e 18 (diciotto) anni, mediante procedura di adesione online disponibile sul sito www.UniSalute.it, con contestuale richiesta di attivazione della garanzia stessa.

Per attivare la garanzia il genitore/tutore dovrà compilare un questionario dati volto a individuare eventuali stati di rischio di obesità nei figli da 4 (quattro) a 18 (diciotto) anni, raggiungibile cliccando su www.UniSalute.it e “confermare il suo invio” a UniSalute.

UniSalute provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 (due) giorni comunicherà al genitore/tutore tramite e-mail, l'esito delle valutazioni, mettendo a disposizione una tabella con dati e consigli personalizzati su una corretta alimentazione e attività fisica, sull'area riservata del sito internet accessibile tramite username e password.

Saranno altresì fornite indicazioni e consigli su comportamenti e stili di vita corretti in merito ad alimentazione e attività fisica, rivolti all'Assicurato, anche in collaborazione con un medico UniSalute. Solo nel caso in cui i parametri rilevati dalla compilazione del questionario indichino che l'Assicurato si trovi in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso, **UniSalute provvederà all'organizzazione e al pagamento di una Visita medica specialistica dal pediatra/dietologo da effettuarsi in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

Poiché gli indicatori di tali stati devono essere regolarmente monitorati, UniSalute provvederà a contattare il genitore/tutore via e-mail 1 (una) volta al mese per un periodo di 3 (tre) mesi, richiedendo l'inserimento di peso e altezza del figlio.

La presente garanzia verrà prestata fino alla scadenza della Polizza, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

24.2 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

UniSalute provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate **1 (una) volta l'Anno in Strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

Tali prestazioni prevedono il pagamento diretto da parte di UniSalute alla struttura senza applicazione di franchigie o scoperti.

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.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione in strutture convenzionate in Italia e sono:

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

24.3 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI SPECIFICHE PER ETÀ

UniSalute provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione specifiche per determinate fasce di età e categorie, in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati.

Tali prestazioni prevedono il pagamento diretto da parte di UniSalute alla struttura senza applicazione di franchigie o scoperti.

Prestazioni da effettuare 1 (una) sola volta nell'intervallo di anni specificato:

- Dai 3 (tre) ai 6 (sei) anni: Visita specialistica oculistica completa (tonometria, esame del fundus, stereopsi e color test, valutazione ortottica);

- Dai 4 (quattro) agli 8 (otto) anni: Visita specialistica ortopedica.

Prestazioni da effettuare 1 (una) sola volta ogni annualità assicurativa:

- Da 1 (uno) ai 4 (quattro) anni: Visita specialistica otorinolaringoiatrica;
- Dal 20° (ventesimo) Anno in poi: Ricerca Antigenica su Feci (Helyco Bacter Pilori); Visita specialistica cardiologica + ECG; Pap Test.
- Dal 65° (sessantacinquesimo) Anno in poi: Visita specialistica oculistica completa (tonometria, esame del fundus, stereopsi ecotor test, valutazione ortottica).

Prestazioni da effettuare una volta ogni 2 (due) anni:

- Dal 50° (cinquantesimo) Anno in poi:
 - Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi);
 - Ecodoppler tronchi sovraortici;
 - Per le donne:
 - o visita specialistica ginecologica;
 - o mammografia;
 - o densitometria ossea computerizzata (MOC).
 - Per gli uomini:
 - o visita specialistica urologica;
 - o PSA (Specifico antigene prostatico).
- Dal 65° (sessantacinquesimo) Anno in poi:
 - Visita specialistica otorinolaringoiatrica.

24.4 SINDROME METABOLICA: ASSISTENZA DIRETTA ONLINE

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare il questionario raggiungibile sul sito www.UniSalute.it alla propria area riservata e "confermare il suo invio" a UniSalute.

UniSalute provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 (due) giorni comunicherà all'Assicurato l'esito della valutazione tramite e-mail mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

UniSalute fornirà all'Assicurato, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito all'attività fisica e alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

UniSalute comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato da UniSalute (via e-mail, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sull'effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del RISCHIO di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, UniSalute provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione:

- colesterolo HDL;
- colesterolo totale;

- glicemia;
- trigliceridi.

UniSalute provvederà inoltre all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'Anno in Strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa UniSalute previa prenotazione.

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

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo;
- Curva glicemica;
- Ecocardiogramma.

Per effettuare tali esami l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute per effettuare la prenotazione.

La presente garanzia verrà prestata fino alla scadenza della Polizza, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente Polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente Polizza, all'Assicurato verrà fornito un servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con UniSalute a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

24.5 DIAGNOSI COMPARATIVA

UniSalute offre all'Assicurato la possibilità di ricevere un secondo e qualificato parere in merito alla formulazione di una diagnosi già ricevuta o di un'impostazione terapeutica già prescritta dal medico curante e/o dai sanitari curanti, con le indicazioni più utili per trattare la patologia in atto grazie all'autorevole consulenza di esperti internazionali delle diverse discipline specialistiche individuati dalla Società.

L'Assicurato può contattare la Centrale Operativa e concordare con il medico di UniSalute la documentazione sanitaria necessaria da inviare ai fini dell'individuazione della miglior cura della patologia.

L'accesso al servizio è consentito in presenza delle seguenti patologie gravi, diagnosticate ovvero già accertate:

- AIDS;
- Morbo di Alzheimer;
- Perdita della vista;
- Cancro;

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

25. PARTE E – Stati di non autosufficienza temporanea

25.1 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

UniSalute garantisce all'Assicurato, con età minima di 18 (diciotto) anni, il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di Assistenza per un valore massimo di 800 (ottocento) euro mensili da corrispondersi per una durata massima di 12 (dodici) mesi quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto a).

1. Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato, il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro Atti Ordinari Della Vita:

- soddisfare la propria igiene personale (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo);
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire);
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente);

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

- dell'Assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di Ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/Sinistri tali da dare origine a uno stato di non autosufficienza consolidata.

a) Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea

Entro 14 (quattordici) giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- 1) chiamare UniSalute (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e raccogliere le informazioni relative alla documentazione da produrre ai fini della valutazione medica finale;
- 2) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del Sinistro, da spedire a: UniSalute S.p.A – servizi di liquidazione – Via Larga, 8 – 40138 Bologna – a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato;
- inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a UniSalute tutta la Documentazione Sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

UniSalute ha la facoltà di sottoporre l'Assicurato a una o più visite medico legali.

Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto consolidato, le garanzie di Polizza non si attivano.

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, UniSalute, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, UniSalute invierà un questionario al Medico curante od ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante od ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di Ricovero e il risultato degli esami complementari effettuati.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti dal presente Art. al punto a):

- se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di Ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea Documentazione Sanitaria.

- Se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il Ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea Documentazione Sanitaria. Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata a UniSalute.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

UniSalute **avrà sempre** la possibilità di far verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto dell'Assicurato, al riconoscimento di quanto pattuito in Polizza, con le modalità di cui agli Artt. "Modalità di erogazione delle prestazioni" e "Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in Assistenza diretta parte E", decorre dal momento in cui UniSalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

b) Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

UniSalute si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessaria per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della Somma Assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta di UniSalute.

CHE COSA NON È ASSICURATO

ARTICOLI RIFERITI ALLA SEZIONE SPESE SANITARIE – MODULO ACUORE SUPER

26. ESCLUSIONI

L'Assicurazione non opera 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 stipula del contratto. Il presente punto non si applica quando la Polizza, relativamente agli stessi assicurati e alle medesime garanzie, è stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra Polizza relativa ad uno dei seguenti prodotti assicurativi,. In questo caso si prenderà come data di effetto contrattuale quella relativa al primo effetto contrattuale in continuità:

- Sistema Salute Nuova Edizione
 - Orizzonte Salute Nuova Edizione
 - UniSalute ACUORE
 - UniSalute ACUORE XL
 - Orizzonte Salute
 - Sistema salute
 - ACUORE (prodotto di Arca Assicurazioni S.p.A.)
 - ACUORE XL (prodotto di Arca Assicurazioni S.p.A.)
- 2) le cure e/o gli interventi chirurgici per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione.
- 3) In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 (quattro) diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 (nove) diottrie;
- 4) la cura delle Malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 5) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 6) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività della Polizza);
- 7) i Ricoveri e 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 effettuati anche in regime ambulatoriale;
- 8) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- 9) 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;
- 10) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- 11) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 12) gli Infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 13) gli Infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport e relative prove o allenamenti svolto a titolo professionale. Sono inoltre esclusi gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); la pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'uso di veicoli e natanti a motore e la pratica dei seguenti sport e relative prove o allenamenti: pugilato, atletica pesante, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idro-sci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, uso di canoa nei tratti montani, nei fiumi o torrenti caratterizzati da cascate

(canyoning e rafting), sport che prevedono immersioni subacquee con autorespiratore, sport per i quali vengono utilizzate armi da fuoco fuori da strutture attrezzate. Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica e relative prove o allenamenti di qualsiasi altro sport che possa essere considerato estremo e/o pericoloso in analogia con le attività sportive sopra indicate;

- 14) gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- 15) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
- 16) 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;
- 17) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- 18) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le Cure a carattere sperimentale e i Medicinali biologici;
- 19) tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali.

Limitatamente alle prestazioni previste agli Artt. – “PARTE C – PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE”

l'Assicurazione non è operante per:

- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

Limitatamente alle prestazioni previste agli Artt. – “PARTE E – STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA” **l'Assicurazione non è operante per le conseguenze:**

- 1) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- 2) dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
- 3) di alcolismo acuto o cronico, abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 4) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di Assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- 5) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 6) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- 7) del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;

- 8) di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 9) di partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali;
- 10) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- 11) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le Cure a carattere sperimentale e i Medicinali biologici;
- 12) di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- 13) di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali.

COME ASSICURA

27. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia, a eccezione delle seguenti:

- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera a);
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera f);
- Art. – “Trasporto sanitario”;
- Art. – “Rimpatrio della salma”;

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

- Art. – “Parto e aborto”;
- Art. – “Ospedalizzazione domiciliare”;

che vengono liquidate alla Struttura Sanitaria Convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

- b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno Scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di 1.000 (mille) euro a eccezione delle seguenti:

- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera d);
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera e);
- Art. – “Ricovero in Istituto di Cura”, lettera f);
- Art. – “Trasporto sanitario”;
- Art. – “Parto e aborto”;
- Art. – “Rimpatrio della salma”;
- Art. – “Interventi chirurgici specifici”;

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

- 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 Servizio Sanitario Nazionale., verrà attivata la garanzia prevista all'Art. – "Indennità sostitutiva", punto a).

Per l'erogazione dell'indennità per isolamento domiciliare a seguito di ricovero dovuto a pandemia è necessario presentare la lettera di dimissioni. Qualora dalla lettera di dimissioni non si evincano le informazioni necessarie per la valutazione del Sinistro, UniSalute si riserva la facoltà di richiedere copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale.

Qualora l'Assicurato sostenga durante il Ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, UniSalute 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 all'Art. – "Modalità di utilizzo della copertura parte A e B: sinistri in Assistenza indiretta".

28. VALIDITA' TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

SEZIONE 2 BIS: SPESE SANITARIE - MODULO ACUORE SMART

COSA ASSICURA

ARTICOLI RIFERITI A PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO

29. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Parte A – Ricovero per Grande Intervento Chirurgico

Parte B - Visite e trattamenti

Parte C - Prestazioni odontoiatriche

Parte D - Prevenzione

Parte E - Stati di non autosufficienza temporanea

Le modalità di utilizzo delle strutture sopra indicate vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

30. PARTE A – Ricovero per Grande Intervento Chirurgico

30.1 SOMMA ASSICURATA

La somma assicurata annua complessiva, riferita a ciascun Assicurato e a tutte le spese relative alle prestazioni previste in garanzia in caso di Ricovero e definite negli articoli successivi, è pari a **500.000 (cinquecentomila) euro, salvo limiti previsti per singole garanzie.**

30.2 RICOVERO IN UN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC) ⁶

Sono assicurate le spese sostenute dall'Assicurato in conseguenza di Infortunio o Malattia che abbiano reso necessario un Ricovero in Istituto di cura; UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- a) **Pre - Ricovero:**
120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del Ricovero

⁶ **Come faccio a sapere quali sono i Grandi Interventi Chirurgici?**

L'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici è presente nell'Allegato 3 - Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici che si trova in fondo alle Condizioni di Assicurazione

È previsto il rimborso degli esami, degli Accertamenti diagnostici e delle Visite mediche specialistiche effettuati nei 120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del Ricovero purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che hanno determinato il Ricovero ^{ES}  stesso.

La presente garanzia è prestata esclusivamente in forma rimborsuale.

b) Intervento chirurgico:

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

c) Assistenza medica, Medicinali, cure:

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, Medicinali, esami, Accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza:

trattamento alberghiero (**escluse le Spese voluttuarie**).

L'Assicurazione è prestata come segue:

- Ricovero dell'Assicurato in struttura convenzionata (Assistenza diretta) le spese sostenute verranno pagate direttamente da UniSalute;
- Ricovero dell'Assicurato in struttura non convenzionata (Assistenza indiretta) la garanzia è prestata nel **limite di 400 (quattrocento) euro al giorno**.

e) Accompagnatore:

l'Assicurato deve preventivamente comunicare alla Struttura sanitaria convenzionata e a UniSalute, la presenza di un accompagnatore. La Struttura sanitaria convenzionata verificherà la disponibilità di vitto e pernottamento per l'accompagnatore e UniSalute provvederà al pagamento della retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura.

In caso di mancata disponibilità per l'Accompagnatore da parte della Struttura sanitaria convenzionata, oppure in caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con UniSalute, la stessa provvederà al rimborso delle spese alberghiere sostenute nel **limite di 75 (settantacinque) al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni per Ricovero**.

f) Assistenza infermieristica privata individuale:

Assistenza infermieristica privata individuale nel **limite di 75 (settantacinque) euro al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni esclusivamente durante il periodo di Ricovero**.

^{ES} **L'Assicurato si sottopone a un esame prescritto dal medico per una diagnosi ai fini di valutare la necessità di un Ricovero per eseguire un Grande Intervento Chirurgico**
Effettua una diagnosi con un esame di Alta Specializzazione in Assistenza diretta che ha prenotato tramite i servizi on line (sito www.UniSalute.it o APP UniSalute) oppure tramite la Centrale Operativa UniSalute. Necessità di un Ricovero per eseguire il Grande Intervento Chirurgico che effettua in Assistenza diretta: contatta la Centrale Operativa UniSalute per prenotare la clinica, viene ricoverato e rimane ricoverato per 7 giorni.
Pagamento delle spese: somma disponibile in caso di Ricovero con Grande Intervento Chirurgico pari a 500.000 (cinquecentomila) euro annui.

g) **Post-Ricovero:**

120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione del 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 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i Medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

30.3 TRASPORTO SANITARIO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)

UniSalute rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario:

- all'Istituto Di Cura;
- da un Istituto Di Cura a un altro;
- di rientro alla propria abitazione;

con il massimo di **1.500 (millecinquecento) euro per Ricovero**.

In caso di trapianto di organo, fermo il limite di cui sopra, sono assicurate anche le spese di trasporto dell'organo.

30.4 DAY HOSPITAL PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)

In caso di Day Hospital, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni definite agli Artt.:

- "Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)";
- "Trasporto sanitario per grande Intervento Chirurgico (GIC)".

Per entrambe le prestazioni valgono i limiti e le modalità in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati in Day Hospital ai soli fini diagnostici.

30.5 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)

Nel caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Art. - "Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)", lettera a);
- Art. - "Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)", lettera b);
- Art. - "Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)", lettera c);
- Art. - "Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)", lettera g);

- Art. – “Trasporto sanitario per grande Intervento Chirurgico (GIC)”;
con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.

30.6 TRAPIANTI

Nel caso di Ricovero per trapianto di organi o di parte di essi, UniSalute provvede al pagamento delle spese previste dagli Artt. “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, e “Trasporto sanitario”, con i relativi limiti in essi indicati, nonché:

- le spese necessarie per il prelievo dell'organo dal donatore;
- le spese per il trasporto dell'organo.

Relativamente alle prestazioni previste dall'Art. - “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera a), durante il pre-Ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione di organo da parte di donatore vivente sono assicurate anche le spese per le prestazioni effettuate durante il Ricovero del donatore limitatamente a:

- Art. – “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera a);
- Art. - “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera b);
- Art. - “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera c);
- Art. - “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera d);

con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.

30.7 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato, avvenuto durante un Ricovero presso un Istituto Di Cura all'estero, UniSalute provvede al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **1.500 (millecinquecento) euro per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato.**

30.8 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)

a) Durante il Ricovero

Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso a UniSalute per le prestazioni ricevute durante il periodo di Ricovero, avrà diritto all'erogazione, come indennità, dell'importo giornaliero di **150 (centocinquanta) euro per ogni giorno di Ricovero per un massimo di 100 (cento) giorni per Ricovero.**

Oltre al pagamento dell'Indennità sostitutiva, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Art. - “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera a);
- Art. “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera g);

senza l'applicazione di eventuali limiti previsti all'Art. – “Modalità di erogazione delle prestazioni” e assoggettate a un **massimo di 2.000 (duemila) euro per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato.**

b) Day Hospital

Nel caso di Ricovero in regime di Day Hospital, l'importo giornaliero della diaria si intende di **150.00 (centocinquanta) euro.**

30.9 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

UniSalute, tramite la propria rete convenzionata, mette a disposizione prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di Assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 120 (centoventi) giorni successivi alla data di dimissioni, per Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura.

UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Il Massimale annuo Assicurato corrisponde a **10.000 (diecimila) euro per Assicurato e annualità assicurativa.**

31. PARTE B – Visite e trattamenti

31.1 CURE ONCOLOGICHE

UniSalute liquida, in deroga all'Art. – “Esclusioni”, punto 18), nei casi di malattie oncologiche, le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di Ricovero o Day Hospital sia in regime di extra-Ricovero), con Somma Assicurata autonoma pari a **5.000 (cinquemila) euro per Assicurato e annualità assicurativa.**

Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli Accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche. È facoltà dell'Assicurato usufruire delle prestazioni previste secondo le modalità di seguito descritte:

- Assistenza diretta: le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia;
- Assistenza indiretta: le spese relative alle prestazioni assicurate sono rimborsate integralmente all'Assicurato;
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

31.2 ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

UniSalute rimborsa le spese di Assistenza Infermieristica domiciliare nel limite di **60 (sessanta) euro al giorno per un massimo di 60 (sessanta) giorni per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato.**

31.3 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono assicurate, in deroga all'Art. – “Esclusioni”, punto 18) le spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni extraospedaliere di Alta Specializzazione come elencate all'Allegato 2, nel limite complessivo annuo di **5.000 (cinquemila) euro per Assicurato.**

È facoltà dell'Assicurato usufruire delle prestazioni previste secondo le modalità di seguito descritte:

ES 

- Assistenza diretta: le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.
- Assistenza indiretta: le spese relative alle prestazioni assicurate sono rimborsate all'Assicurato con applicazione di uno Scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni Accertamento Diagnostico o ciclo di terapia.
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico che, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

31.4 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (CON OMEOPATIA)

Sono assicurate le spese sostenute, nel limite annuo di **1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato**, per visite specialistiche, visite omeopatiche e per Accertamenti diagnostici conseguenti a Malattia o a Infortunio, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Rientra in garanzia esclusivamente la prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa ⁷ .

ES **L'Assicurato necessita di effettuare una risonanza magnetica**

Somma assicurata annua 5.000 (cinquemila) euro

- Prestazione in Assistenza diretta: l'Assicurato dopo avere prenotato la prestazione sanitaria tramite i servizi on line (sito www.UniSalute.it o APP UniSalute) oppure tramite la Centrale Operativa di UniSalute, si presenterà alla struttura selezionata e sosterrà l'esame senza nessun costo a suo carico.
- Prestazione in Assistenza indiretta: l'Assicurato, non utilizza una Struttura sanitaria convenzionata e dopo aver usufruito della prestazione, dovrà richiedere il rimborso della spesa assicurata e produrre la documentazione medica necessaria e la relativa fattura saldata.

Limite per la prestazione 5.000 (cinquemila) euro il costo della prestazione ammonta a 200 (duecento) euro.

Se la prestazione è assicurata, verrà rimborsata la spesa sostenuta, con applicazione di uno Scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro, pari a 140 (centoquaranta) euro;

Spesa sostenuta 200 - 60 = 140 (centoquaranta) euro spesa rimborsata.

- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale del ticket sanitario.

⁷ **Cosa accade se la mia visita diagnostica diventa operativa?**

Può accadere che durante una visita specialistica il medico ritenga necessario intervenire subito. In questo caso la visita specialistica diventerebbe una prestazione operativa che **potrebbe non rientrare nelle prestazioni previste dal MODULO ACUORE SMART**, se non rientranti nell'Allegato 3 - Grandi Interventi

È facoltà dell'Assicurato usufruire delle prestazioni previste secondo le modalità di seguito descritte:

- Assistenza diretta: nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.
- Assistenza indiretta: le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni visita specialistica o Accertamento Diagnostico. I documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

31.5 PROTESI/AUSILI ORTOPEDICI E ACUSTICI

UniSalute rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di **1.000 (mille) euro per Assicurato**.

Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici e acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, apparecchi acustici, ecc.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno Scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di 50 (cinquanta) euro per fattura/persona.

32. PARTE C – Prestazioni odontoiatriche

32.1 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (ASSISTENZA DIRETTA)

UniSalute provvede, in deroga a quanto previsto all'Art. – "Esclusioni", punto 4), al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile **1 (una) volta l'Anno in Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**.

Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto" servono a monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici non ancora conclamati e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Di seguito il dettaglio delle prestazioni che costituiscono il "pacchetto":

- 1) Assicurati di età maggiore o uguale a 15 (quindici) anni:
Nel caso in cui l'Assicurato abbia un'età maggiore o uguale a 15 (quindici) anni rientra esclusivamente in copertura:
 - Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso a un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Chirurgici, per cui le spese sono a carico dell'Assicurato, come a esempio il caso della Colonscopia diagnostica che diventa operativa nel corso dell'esame stesso.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso Anno assicurativo, UniSalute provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. "Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

La seconda seduta deve essere preventivamente comunicata e autorizzata da UniSalute.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.

2) Assicurati di età minore di 15 (quindici) anni:

Nel caso in cui l'Assicurato abbia un'età minore di 15 (quindici) anni rientrano esclusivamente in copertura:

- Fluorazione (applicazione topica di fluoro) e/o sigillatura dei solchi, massimo 4 (quattro) elementi, con eventuale visita di controllo.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di fluorazione nell'arco dello stesso Anno assicurativo, UniSalute provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente.

La seconda seduta deve essere preventivamente comunicata e autorizzata da UniSalute.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.

32.2 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

UniSalute liquida all'Assicurato, a parziale deroga a quanto previsto all'Art. – "Esclusioni", punto 4), le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di Infortunio.

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

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

È facoltà dell'Assicurato usufruire delle prestazioni assicurate secondo le modalità di seguito descritte:

- Assistenza diretta: in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di uno Scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla Struttura Sanitaria Convenzionata con UniSalute al momento dell'emissione della fattura;
- Assistenza indiretta: in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate ed effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con applicazione di uno Scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di 100 (cento) euro per fattura/persona;
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Le spese relative alle prestazioni sanitarie sono assicurate nel limite annuo di **2.500 (duemilacinquecento) euro per Assicurato**.

33. PARTE D – Prevenzione

33.1 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

UniSalute provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate **1 (una) volta l'Anno in Strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**.

Tali prestazioni prevedono il pagamento diretto da parte di UniSalute alla struttura senza applicazione di franchigie o scoperti.

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.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione in strutture convenzionate in Italia e sono:

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

Inoltre, dal 20° (ventesimo) Anno in poi:

- Ricerca Antigenica su Feci (Helyco Bacter Piloni); Visita specialistica cardiologica + ECG; Pap Test.

33.2 DIAGNOSI COMPARATIVA

UniSalute offre all'Assicurato la possibilità di ricevere un secondo e qualificato parere in merito alla formulazione di una diagnosi già ricevuta o di un'impostazione terapeutica già prescritta dal medico curante e/o dai sanitari curanti, con le indicazioni più utili per trattare la patologia in atto grazie all'autorevole consulenza di esperti internazionali delle diverse discipline specialistiche individuati dalla Società.

L'Assicurato può contattare la Centrale Operativa e concordare con il medico di UniSalute la documentazione sanitaria necessaria da inviare ai fini dell'individuazione della miglior cura della patologia.

L'accesso al servizio è consentito in presenza delle seguenti patologie gravi, diagnosticate ovvero già accertate:

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

34. PARTE E - Stati di non autosufficienza temporanea

34.1 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

UniSalute garantisce all'Assicurato, con età minima di 18 (diciotto) anni, il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di Assistenza per un valore massimo di 800 (ottocento) euro mensili da corrispondersi per una durata massima di 12 (dodici) mesi quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto a).

1. Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato, il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro Atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo);
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire);
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);

- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente);
- e necessiti temporaneamente ma in modo costante:
- dell'Assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
 - di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di Ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine a uno stato di non autosufficienza consolidata.

2. Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea

Entro 14 (quattordici) giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- 1) chiamare UniSalute (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e raccogliere le informazioni relative alla documentazione da produrre ai fini della valutazione medica finale;
- 2) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del Sinistro, da spedire a: UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato;
- inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a UniSalute tutta la Documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

UniSalute ha la facoltà di sottoporre l'Assicurato a una o più visite medico legali.

Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto consolidato, le garanzie di Polizza non si attivano.

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, UniSalute, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, UniSalute invierà un questionario al Medico curante od ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante od ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di Ricovero e il risultato degli esami complementari effettuati.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti dal presente Art. al punto a):

- se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di Ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea Documentazione sanitaria.
- se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il Ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea Documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata a UniSalute.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

UniSalute **avrà sempre** la possibilità di far verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto dell'Assicurato, al riconoscimento di quanto pattuito in Polizza, con le modalità di cui agli Artt. 57 - Modalità di erogazione delle prestazioni e 148 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in Assistenza diretta parte E, decorre dal momento in cui UniSalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

3. Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

UniSalute si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessaria per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della Somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta di UniSalute.

CHE COSA NON È ASSICURATO

ARTICOLI RIFERITI ALLA SEZIONE "PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO"

35. ESCLUSIONI

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 stipula del contratto. Il presente punto non si applica quando la Polizza, relativamente agli stessi assicurati e alle medesime garanzie, è stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra Polizza relativa ad uno dei seguenti Prodotti assicurativi, si prenderà come data di effetto contrattuale quella relativa al primo effetto contrattuale in continuità:
 - Sistema Salute Nuova Edizione
 - Orizzonte Salute Nuova Edizione
 - UniSalute ACUORE
 - UniSalute ACUORE XL
 - Orizzonte Salute
 - Sistema salute
 - ACUORE (prodotto di Arca Assicurazioni S.p.A.)
 - ACUORE XL (prodotto di Arca Assicurazioni S.p.A.)
- 2) le cure e/o gli interventi chirurgici per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula del contratto.

In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 (quattro) diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 (nove) diottrie;
- 3) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 4) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, 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 o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 6) i ricoveri e 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 effettuati 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 qualsiasi sport e relative prove o allenamenti svolto a titolo professionale. Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); la pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'uso di veicoli e natanti a motore e la pratica dei seguenti sport e relative prove o allenamenti: pugilato, atletica pesante, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idro-sci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, uso di canoa nei tratti montani, nei fiumi o torrenti caratterizzati da cascate (canyoning e rafting), sport che prevedono immersioni subacquee con autorespiratore, sport per i quali vengono utilizzate armi da fuoco fuori da strutture attrezzate. Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica e relative prove o allenamenti di qualsiasi altro sport che possa essere considerato estremo e/o pericoloso in analogia con le attività sportive sopra indicate;
- 13) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- 14) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e 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 ed eventi atmosferici;
- 17) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le Cure a carattere sperimentale e i Medicinali biologici;
- 18) tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali.

Limitatamente alle prestazioni previste all'Art. "PARTE E – STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA" **l'Assicurazione non è operante per le conseguenze:**

- 1) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- 2) dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
- 3) di alcolismo acuto o cronico, abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 4) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di Assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- 5) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

- 6) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- 7) del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- 8) di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 9) di partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali;
- 10) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- 11) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le Cure a carattere sperimentale e i Medicinali biologici;
- 12) di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- 13) di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali.

COME ASSICURA

36. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia, a eccezione delle seguenti:

- Art. - "Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)", lettera a);
- Art. - "Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)", lettera f);
- Art. - "Trasporto sanitario per Grande Intervento Chirurgico (GIC)";
- Art. - "Rimpatrio della salma";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

- Art. - "Ospedalizzazione domiciliare";

che vengono liquidate alla Struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

- b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno Scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di 1.000 (mille) euro a eccezione delle seguenti:

- Art. - "Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)", lettera d);
- Art. - "Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)", lettera e);
- Art. - "Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)", lettera f);
- Art. - "Trasporto sanitario per grande Intervento Chirurgico (GIC)";
- Art. - "Rimpatrio della salma";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

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 per Grande Intervento Chirurgico (GIC)", punto a).

Qualora l'Assicurato sostenga durante il Ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, UniSalute 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 all'Art. – "Modalità di utilizzo della copertura parte A e B: sinistri in Assistenza indiretta".

37. VALIDITA' TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

SEZIONE 2 TER: SPESE SANITARIE - MODULO ACUORE LIGHT

COSA ASSICURA

ARTICOLI RIFERITI A PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO

38. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Parte A – Ricovero per Grande Intervento Chirurgico

Parte B - Visite e trattamenti

Parte C - Prestazioni odontoiatriche

Parte D - Prevenzione

Le modalità di utilizzo delle strutture sopra indicate vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

39. PARTE A – Ricovero per Grande Intervento Chirurgico

39.1 SOMMA ASSICURATA

La somma assicurata annua complessiva, riferita a ciascun Assicurato e a tutte le spese relative alle prestazioni previste in garanzia in caso di Ricovero e definite negli articoli successivi, è pari a **500.000 (cinquecentomila) euro, salvo limiti previsti per singole garanzie.**

39.2 RICOVERO IN UN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC) ⁸

Sono assicurate le spese sostenute dall'Assicurato in conseguenza di Infortunio o Malattia che abbiano reso necessario un Ricovero in Istituto di cura; UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) **Pre - Ricovero:**

120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del Ricovero

⁸ **Come faccio a sapere quali sono i Grandi Interventi Chirurgici?**

L'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici è presente nell'Allegato 3 - Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici che si trova in fondo alle Condizioni di Assicurazione.

È previsto il rimborso degli esami, degli Accertamenti diagnostici e delle Visite mediche specialistiche effettuati nei 120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del Ricovero purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che hanno determinato il Ricovero ^{ES}  stesso.

La presente garanzia è prestata esclusivamente in forma rimborsuale.

b) Intervento chirurgico:

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

c) Assistenza medica, Medicinali, cure:

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, Medicinali, esami, Accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza:

trattamento alberghiero (**escluse le Spese voluttuarie**).

L'Assicurazione è prestata come segue:

- Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria convenzionata (Assistenza diretta) le spese sostenute verranno pagate direttamente da UniSalute;
- Ricovero dell'Assicurato in struttura non convenzionata (Assistenza indiretta) la garanzia è prestata nel **limite di 400 (quattrocento) euro al giorno**.

e) Accompagnatore:

l'Assicurato deve preventivamente comunicare alla Struttura sanitaria convenzionata e a UniSalute, la presenza di un accompagnatore. La Struttura sanitaria convenzionata verificherà la disponibilità di vitto e pernottamento per l'accompagnatore e UniSalute provvederà al pagamento della retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura.

In caso di mancata disponibilità per l'Accompagnatore da parte della Struttura sanitaria convenzionata, oppure in caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con UniSalute, la stessa provvederà al rimborso delle spese alberghiere sostenute nel **limite di 75 (settantacinque) al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni per Ricovero**.

f) Assistenza infermieristica privata individuale:

Assistenza infermieristica privata individuale nel **limite di 75 (settantacinque) euro al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni esclusivamente durante il periodo di Ricovero**.

^{ES} **L'Assicurato si sottopone a un esame prescritto dal medico per una diagnosi ai fini di valutare la necessità di un Ricovero per eseguire un Grande Intervento Chirurgico**
Effettua una diagnosi con un esame di Alta Specializzazione in Assistenza diretta che ha prenotato tramite i servizi on line (sito www.UniSalute.it o APP UniSalute) oppure tramite la Centrale Operativa UniSalute. Necessita di un Ricovero per eseguire il Grande Intervento Chirurgico che effettua in Assistenza diretta: contatta la Centrale Operativa UniSalute per prenotare la clinica, viene ricoverato e rimane ricoverato per 7 giorni.
Pagamento delle spese: somma disponibile in caso di Ricovero con Grande Intervento Chirurgico pari a € 500.000,00 annui.

g) **Post-Ricovero:**

120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione del 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 120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i Medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

39.3 TRASPORTO SANITARIO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)

UniSalute rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario:

- all'Istituto Di Cura;
- da un Istituto Di Cura a un altro;
- di rientro alla propria abitazione;

con il massimo di **1.500 (millecinquecento) euro per Ricovero**.

In caso di trapianto di organo, fermo il limite di cui sopra, sono assicurate anche le spese di trasporto dell'organo.

39.4 DAY HOSPITAL PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)

In caso di Day Hospital, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni definite agli articoli:

- "Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)",
- "Trasporto sanitario per grande Intervento Chirurgico (GIC)".

Per entrambe le prestazioni valgono i limiti e le modalità in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati in Day Hospital ai soli fini diagnostici.

39.5 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)

Nel caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Art. - "Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)", lettera a);
- Art. - "Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)", lettera b);
- Art. - "Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)", lettera c);
- Art. - "Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)", lettera g);
- Art. - "Trasporto sanitario per grande Intervento Chirurgico (GIC)";

con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.

39.6 TRAPIANTI

Nel caso di Ricovero per trapianto di organi o di parte di essi, UniSalute provvede al pagamento delle spese previste dagli Artt. “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, e “Trasporto sanitario per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, con i relativi limiti in essi indicati, nonché:

- le spese necessarie per il prelievo dell'organo dal donatore;
- le spese per il trasporto dell'organo.

Relativamente alle prestazioni previste dall'Art. “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera a), durante il pre-Ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione di organo da parte di donatore vivente sono assicurate anche le spese per le prestazioni effettuate durante il Ricovero del donatore limitatamente a:

- Art. - “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera a);
- Art. - “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera b);
- Art. - “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera c);
- Art. - “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera d);

con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.

39.7 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato, avvenuto durante un Ricovero presso un Istituto Di Cura all'estero, UniSalute provvede al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **1.500 (millecinquecento) euro per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato.**

39.8 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)

a) Durante il Ricovero

Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso a UniSalute per le prestazioni ricevute durante il periodo di Ricovero, avrà diritto all'erogazione, come indennità, dell'importo giornaliero di **150 (centocinquanta) euro per ogni giorno di Ricovero per un massimo di 100 (cento) giorni per Ricovero.**

Oltre al pagamento dell'Indennità sostitutiva, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Art. - “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera a);
- Art. - “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera g);

senza l'applicazione di eventuali limiti previsti all'Art. – “Modalità di erogazione delle prestazioni” e assoggettate a un **massimo di 2.000 (duemila) euro per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato.**

b) Day Hospital

Nel caso di Ricovero in regime di Day Hospital, l'importo giornaliero della diaria si intende di **150.00 (centocinquanta) euro.**

39.9 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

UniSalute, tramite la propria rete convenzionata, mette a disposizione prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di Assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 120 (centoventi) giorni successivi alla data di dimissioni, per Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura.

UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Il Massimale annuo Assicurato corrisponde a **10.000 (diecimila) euro per Assicurato e annualità assicurativa.**

40. PARTE B – Visite e trattamenti

40.1 CURE ONCOLOGICHE

UniSalute liquida, in deroga all'Art. – “Esclusioni”, punto 18), nei casi di malattie oncologiche, le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di Ricovero o Day Hospital sia in regime di extra-Ricovero), con Somma Assicurata autonoma pari a **5.000 (cinquemila) euro per Assicurato e annualità assicurativa.**

Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli Accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche. È facoltà dell'Assicurato usufruire delle prestazioni previste secondo le modalità di seguito descritte:

- Assistenza diretta: le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia;
- Assistenza indiretta: le spese relative alle prestazioni assicurate sono rimborsate integralmente all'Assicurato;
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

40.2 ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

UniSalute rimborsa le spese di Assistenza Infermieristica domiciliare nel limite di **60 (sessanta) euro al giorno per un massimo di 60 (sessanta) giorni per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato.**

40.3 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono assicurate, in deroga all'Art. – “Esclusioni”, punto 18) le spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni extraospedaliere di Alta Specializzazione come elencate all'Allegato 2, nel limite complessivo annuo di **5.000 (cinquemila) euro per Assicurato.**

È facoltà dell'Assicurato usufruire delle prestazioni previste secondo le modalità di seguito descritte:



- Assistenza diretta: le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.
- Assistenza indiretta: le spese relative alle prestazioni assicurate sono rimborsate all'Assicurato con applicazione di uno Scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni Accertamento Diagnostico o ciclo di terapia.
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico che, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

40.4 VISITE SPECIALISTICHE (CON OMEOPATIA)

Sono assicurate le spese sostenute, nel limite annuo di 1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato, per visite specialistiche, visite omeopatiche conseguenti a Malattia o ad Infortunio, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente la prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa ⁹ .

^{ES} L'Assicurato necessita di effettuare una risonanza magnetica

Somma assicurata annua 5.000 (cinquemila) euro

- Prestazione in Assistenza diretta: l'Assicurato dopo avere prenotato la prestazione sanitaria tramite i servizi on line (sito www.UniSalute.it o APP UniSalute) oppure tramite la Centrale Operativa di UniSalute, si presenterà alla struttura selezionata e sosterrà l'esame senza nessun costo a suo carico.
- Prestazione in Assistenza indiretta: l'Assicurato, non utilizza una Struttura sanitaria convenzionata e dopo aver usufruito della prestazione, dovrà richiedere il rimborso della spesa assicurata e produrre la documentazione medica necessaria e la relativa fattura saldata.

Limite per la prestazione 5.000 (cinquemila) euro il costo della prestazione ammonta a 200 (duecento) euro.

Se la prestazione è assicurata, verrà rimborsata la spesa sostenuta, con applicazione di uno Scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro, pari a 140 (centoquaranta) euro;

Spesa sostenuta 200 - 60 = 140 (centoquaranta) euro spesa rimborsata.

- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale del ticket sanitario.

⁹ Cosa accade se la mia visita diagnostica diventa operativa?

Può accadere che durante una visita specialistica il medico ritenga necessario intervenire subito. In questo caso la visita specialistica diventerebbe una prestazione operativa che **potrebbe non rientrare nelle prestazioni previste dal MODULO ACUORE LIGHT**, se non rientranti nell'Allegato 3 - Grandi Interventi Chirurgici, per cui le spese sono a carico dell'Assicurato, come a esempio il caso della Colonscopia diagnostica che diventa operativa nel corso dell'esame stesso.

È facoltà dell'Assicurato usufruire delle prestazioni previste secondo le modalità di seguito descritte:

- Assistenza diretta: nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.
- Assistenza indiretta: le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni visita specialistica o Accertamento diagnostico. I documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

41. PARTE C – Prestazioni odontoiatriche

41.1 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (ASSISTENZA DIRETTA)

UniSalute provvede, in deroga a quanto previsto all'Art. – “Esclusioni”, punto 4), al pagamento del “pacchetto” di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile **1 (una) volta l'Anno in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

Le prestazioni che costituiscono il “pacchetto” servono a monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici non ancora conclamati e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Di seguito il dettaglio delle prestazioni che costituiscono il “pacchetto”:

- a) Assicurati di età maggiore o uguale a 15 (quindici) anni:

Nel caso in cui l'Assicurato abbia un'età maggiore o uguale a 15 (quindici) anni rientra esclusivamente in copertura:

- Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso a un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso Anno assicurativo, UniSalute provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. "Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

La seconda seduta deve essere preventivamente comunicata e autorizzata da UniSalute.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.

- b) Assicurati di età minore di 15 (quindici) anni:

Nel caso in cui l'Assicurato abbia un'età minore di 15 (quindici) anni rientrano esclusivamente in copertura:

- Fluorazione (applicazione topica di fluoro) e/o sigillatura dei solchi, massimo 4 (quattro) elementi, con eventuale visita di controllo.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di fluorazione nell'arco dello stesso Anno assicurativo, UniSalute provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente.

La seconda seduta deve essere preventivamente comunicata e autorizzata da UniSalute.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.

41.2 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

UniSalute liquida all'Assicurato, a parziale deroga a quanto previsto all'Art. – “Esclusioni”, punto 4), le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di Infortunio.

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

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

È facoltà dell'Assicurato usufruire delle prestazioni assicurate secondo le modalità di seguito descritte:

- Assistenza diretta: in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di uno Scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla Struttura Sanitaria Convenzionata con UniSalute al momento dell'emissione della fattura;
- Assistenza indiretta: in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate ed effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con applicazione di uno Scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di 100 (cento) euro per fattura/persona;
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Le spese relative alle prestazioni sanitarie sono assicurate nel limite annuo **di 2.500 (duemilacinquecento) euro per Assicurato.**

42. PARTE D – Prevenzione

42.1 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

UniSalute provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate **1 (una) volta l'Anno in Strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

Tali prestazioni prevedono il pagamento diretto da parte di UniSalute alla struttura senza applicazione di Franchigie o Scoperti.

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.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione in Strutture convenzionate in Italia e sono:

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

Inoltre, dal 20° (ventesimo) Anno in poi:

- Ricerca Antigenica su Feci (Helyco Bacter Pilori); Visita specialistica cardiologica + ECG; Pap Test.

42.2 DIAGNOSI COMPARATIVA

UniSalute offre all'Assicurato la possibilità di ricevere un secondo e qualificato parere in merito alla formulazione di una diagnosi già ricevuta o di un'impostazione terapeutica già prescritta dal medico curante e/o dai sanitari curanti, con le indicazioni più utili per trattare la patologia in atto grazie all'autorevole consulenza di esperti internazionali delle diverse discipline specialistiche individuati dalla Società.

L'Assicurato può contattare la Centrale Operativa e concordare con il medico di UniSalute la documentazione sanitaria necessaria da inviare ai fini dell'individuazione della miglior cura della patologia.

L'accesso al servizio è consentito in presenza delle seguenti patologie gravi, diagnosticate ovvero già accertate:

- AIDS;
- Morbo di Alzheimer;
- Perdita della vista;
- Cancro;
- Coma;
- Malattie cardiovascolari;
- Perdita dell'udito;
- Insufficienza renale;
- Perdita della parola;
- Trapianto di organo;

- Patologia neuro motoria;
- Sclerosi multipla;
- Paralisi;
- Morbo di Parkinson;
- Infarto;
- Ictus;
- Ustioni Gravi.

CHE COSA NON È ASSICURATO

ARTICOLI RIFERITI ALLA SEZIONE “PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A Malattia O Infortunio”

43. ESCLUSIONI

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. ; il presente punto non si applica quando la Polizza, relativamente agli stessi assicurati e alle medesime garanzie, è stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra Polizza relativa ad uno dei seguenti Prodotti assicurativi, In questo caso si prenderà come data di effetto contrattuale quella relativa al primo effetto contrattuale in continuità:
 - Sistema Salute Nuova Edizione
 - Orizzonte Salute Nuova Edizione
 - UniSalute ACUORE
 - UniSalute ACUORE XL
 - Orizzonte Salute
 - Sistema salute
 - ACUORE (prodotto di Arca Assicurazioni S.p.A.)
 - ACUORE XL (prodotto di Arca Assicurazioni S.p.A.)
- 2) le cure e/o gli interventi chirurgici per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 (quattro) diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 (nove) diottrie;
- 3) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 4) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, 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 o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 6) i ricoveri e 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 effettuati 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.

- 9) 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;
- 10) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- 11) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 12) gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 13) gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport e relative prove o allenamenti svolto a titolo professionale. Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); la pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'uso di veicoli e natanti a motore e la pratica dei seguenti sport e relative prove o allenamenti: pugilato, atletica pesante, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idro-sci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, uso di canoa nei tratti montani, nei fiumi o torrenti caratterizzati da cascate (canyoning e rafting), sport che prevedono immersioni subacquee con autorespiratore, sport per i quali vengono utilizzate armi da fuoco fuori da strutture attrezzate. Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica e relative prove o allenamenti di qualsiasi altro sport che possa essere considerato estremo e/o pericoloso in analogia con le attività sportive sopra indicate;
- 14) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- 15) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
- 16) 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;
- 17) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- 18) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le Cure a carattere sperimentale e i Medicinali biologici;
- 19) tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali.

COME ASSICURA

44. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia, a eccezione delle seguenti:

- Art. - “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)” lettera a);
- Art. - “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera f);
- Art. – “Trasporto sanitario per Grande Intervento Chirurgico (GIC)”;
- Art. – “Rimpatrio della salma”;

che vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

- Art. – “Ospedalizzazione domiciliare”;

che vengono liquidate alla Struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’Assicurato con uno Scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di 1.000 (mille) euro a eccezione delle seguenti:

- Art. - “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera d);
- Art. - “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera e);
- Art. - “Ricovero in istituto di cura per grande Intervento Chirurgico (GIC)”, lettera f);
- Art. – “Trasporto sanitario per grande Intervento Chirurgico (GIC)”;
- Art. – “Rimpatrio della salma”;

che vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

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 per Grande Intervento Chirurgico (GIC)”, punto a).

45. VALIDITA' TERRITORIALE

L’Assicurazione vale in tutto il mondo.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI – MODULO ACUORE SUPER

Garanzia		SCOPERTO/FRANCHIGIA/Minimo per SINISTRO	Massimo INDENNIZZO
Parte A - RICOVERO a seguito di MALATTIA o INFORTUNIO	RICOVERO in ISTITUTO DI CURA: a) pre - RICOVERO	120 gg precedenti al RICOVERO	500.000 (cinquecentomila) euro
	RICOVERO in ISTITUTO DI CURA: b) intervento chirurgico	Scoperto 20% con minimo non indennizzabile di 1.000 (mille) euro	
	RICOVERO in ISTITUTO DI CURA: c) ASSISTENZA medica, medicinali e cure	Scoperto 20% con minimo non indennizzabile di 1.000 (mille) euro	
	RICOVERO in ISTITUTO DI CURA: d) rette di degenza	-	In struttura non convenzionata max 400 (quattrocento) euro al giorno
	RICOVERO in ISTITUTO DI CURA: e) accompagnatore	-	75 (settantacinque) euro al giorno per max 30 (trenta) gg in assistenza indiretta oppure per indisponibilità struttura convenzionata. In assistenza diretta rientra nel massimale.
	RICOVERO in ISTITUTO DI CURA: f) ASSISTENZA INFERMIERISTICA privata individuale	-	75 (settantacinque) euro al giorno per max 30 (trenta) gg durante il RICOVERO
	RICOVERO in ISTITUTO DI CURA: g) post - RICOVERO	120 gg successivi al RICOVERO	500.000 (cinquecentomila) euro
	Trasporto sanitario	-	1.500 (millecinquecento) euro per RICOVERO
	Parto e ABORTO: a) parto cesareo	-	5.000 (cinquemila) per ASSICURATO e annualità assicurativa
	Parto e ABORTO: b) parto non cesareo, ABORTO TERAPEUTICO o SPONTANEO	-	4.000 (quattromila) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
	RICOVERO del neonato	Nei primi 2 anni di vita	-
	Rimpatrio della salma	-	1.500 (millecinquecento) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
	Interventi chirurgici specifici	-	v. Allegato 1
	INDENNITÀ SOSTITUTIVA: a) durante il RICOVERO		150 (centocinquanta) per RICOVERO per max 100 (cento) giorni
	INDENNITÀ SOSTITUTIVA (Art. 31): b) DAY HOSPITAL		150 (centocinquanta) euro al giorno

	Ospedalizzazione domiciliare	120 gg successivi al RICOVERO	10.000 (diecimila) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
Parte B - Visite e trattamenti	Cure oncologiche	-	5.000 (cinquemila) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
	ASSISTENZA INFERMIERISTICA domiciliare	-	60 (sessanta) euro al giorno per max 60 giorni per ASSICURATO e annualità assicurativa
	Alta specializzazione	In Assistenza indiretta SCOPERTO del 20% con min. non indennizzabile di 60 (sessanta) euro	5.000 (cinquemila) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	In Assistenza indiretta SCOPERTO del 20% con min. non indennizzabile di 60 (sessanta) euro	1.500 (millecinquecento) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
	Trattamenti fisioterapici riabilitativi	In Assistenza indiretta SCOPERTO del 20%	350 (trecento cinquanta) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
	Protesi/ausili ortopedici e acustici	SCOPERTO del 20% con min. non indennizzabile di 50 (cinquanta) euro	1.000 (mille) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
Parte C - Prestazioni odontoiatriche	Prestazioni odontoiatriche particolari	Solo in Assistenza diretta	1 volta l'ANNO
	Odontoiatria/ortodonzia	Assistenza diretta: SCOPERTO 15% Assistenza indiretta: SCOPERTO del 20% con min. non indennizzabile di 100 (cento) euro	Assistenza diretta: 600 (seicento) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa Assistenza indiretta: 200 (duecento) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
	Cure dentarie da INFORTUNIO	Assistenza diretta: SCOPERTO 15% Assistenza indiretta: SCOPERTO del 20% con min. non indennizzabile di 100 (cento) euro	2.500 (duemilacinquecento) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
	Interventi chirurgici odontoiatrici extraRICOVERO	Assistenza indiretta: SCOPERTO del 20% con min. non indennizzabile di 100 (cento) euro	5.000 (cinquemila) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
Parte D - Prevenzione	-	Solo in Assistenza diretta in Italia e a cadenze prestabilite	-
Parte E - Stati di non autosufficienza temporanea	Stato di non autosufficienza temporanea	-	800 (ottocento) euro per massimo 12 mesi

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI – MODULO ACUORE SMART

Garanzia		SCOPERTO/FRANCHIGIA/Minimo per SINISTRO	Massimo INDENNIZZO
Parte A - RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)	RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): a) pre - RICOVERO	120 gg precedenti al RICOVERO	500.000 (cinquecentomila) euro
	RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): b) intervento chirurgico	-	
	RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): c) ASSISTENZA medica, medicinali e cure	-	
	RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): d) rette di degenza	-	In struttura non convenzionata max 400 (quattrocento) euro al giorno
	RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): e) accompagnatore	-	75 (settantacinque) euro al giorno per max 30 (trenta) gg in assistenza indiretta oppure per indisponibilità struttura convenzionata. In assistenza diretta rientra nel massimale.
	RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): f) ASSISTENZA INFERMIERISTICA privata individuale	-	75 (settantacinque) euro al giorno per max 30 (trenta) gg durante il RICOVERO
	RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): g) post - RICOVERO	120 gg successivi al RICOVERO	500.000 (cinquecentomila) euro
	Trasporto sanitario per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)	-	1.500 (millecinquecento) euro per RICOVERO
	Rimpatrio della salma	-	5.000 (cinquemila) per ASSICURATO e annualità assicurativa
	INDENNITÀ SOSTITUTIVA per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): a) durante il RICOVERO		4.000 (quattromila) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
	INDENNITÀ SOSTITUTIVA per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): b) DAY HOSPITAL		-
	Ospedalizzazione domiciliare per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)	120 gg successivi al RICOVERO	1.500 (millecinquecento) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
Parte B - Visite e trattamenti	Cure oncologiche	-	5.000 (cinquemila) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa

	ASSISTENZA INFERMIERISTICA domiciliare	-	60 (sessanta) euro al giorno per max 60 giorni
	Alta specializzazione	In Assistenza indiretta SCOPERTO del 20% con min. non indennizzabile di 60 (sessanta) euro	5.000 (cinquemila) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	In Assistenza indiretta SCOPERTO del 20% con min. non indennizzabile di 60 (sessanta) euro	1.500 (millecinquecento) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
	Protesi/ausili ortopedici e acustici	SCOPERTO del 20% con min. non indennizzabile di 50 (cinquanta) euro	1.000 (mille) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
Parte C - Prestazioni odontoiatriche	Prestazioni odontoiatriche particolari	Solo in Assistenza diretta	1 volta l'ANNO
	Cure dentarie da infortunio	Assistenza diretta: SCOPERTO 15% Assistenza indiretta: SCOPERTO del 20% con min. non indennizzabile di 100 (cento) euro	2.500 (duemilacinquecento) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
Parte D – Prevenzione	Prestazioni diagnostiche particolari	Solo in Assistenza diretta in Italia	1 volta l'ANNO
Parte E - Stati di non autosufficienza temporanea	Stato di non autosufficienza temporanea	-	800 (ottocento) euro per massimo 12 mesi

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI – MODULO ACUORE LIGHT

Garanzia		SCOPERTO/FRANCHIGIA/Minimo per SINISTRO	Massimo INDENNIZZO
Parte A - RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)	RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): a) pre - RICOVERO	120 gg precedenti al RICOVERO	500.000 (cinquecentomila) euro
	RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): b) intervento chirurgico	-	

	RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): c) ASSISTENZA medica, medicinali e cure	-	
	RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): d) rette di degenza	-	In struttura non convenzionata max 400 (quattrocento) euro al giorno
	RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): e) accompagnatore	-	75 (settantacinque) euro al giorno per max 30 (trenta) gg in assistenza indiretta oppure per indisponibilità struttura convenzionata. In assistenza diretta rientra nel massimale.
	RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): f) ASSISTENZA INFERMIERISTICA privata individuale	-	75 (settantacinque) euro al giorno per max 30 (trenta) gg durante il RICOVERO
	RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): g) post - RICOVERO	120 gg successivi al RICOVERO	500.000 (cinquecentomila) euro
	Trasporto sanitario per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)	-	1.500 (millecinquecento) euro per RICOVERO
	Rimpatrio della salma	-	5.000 (cinquemila) per ASSICURATO e annualità assicurativa
	INDENNITÀ SOSTITUTIVA per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): a) durante il RICOVERO		4.000 (quattromila) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
	INDENNITÀ SOSTITUTIVA per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC): b) DAY HOSPITAL		-
	Ospedalizzazione domiciliare per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC)	120 gg successivi al RICOVERO	1.500 (millecinquecento) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
Parte B - Visite e trattamenti	Cure oncologiche	-	5.000 (cinquemila) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
	ASSISTENZA INFERMIERISTICA domiciliare	-	60 (sessanta) euro al giorno per max 60 giorni
	Alta specializzazione	In Assistenza indiretta SCOPERTO del 20% con min. non indennizzabile di 60 (sessanta) euro	5.000 (cinquemila) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
	Visite specialistiche	In Assistenza indiretta SCOPERTO del 20% con min. non indennizzabile di 60 (sessanta) euro	1.500 (millecinquecento) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
	Prestazioni odontoiatriche particolari	Solo in Assistenza diretta	1 volta l'ANNO

Parte C - Prestazioni odontoiatriche	Cure dentarie da infortunio	Assistenza diretta: SCOPERTO 15% Assistenza indiretta: SCOPERTO del 20% con min. non indennizzabile di 100 (cento) euro	2.500 (duemilacinquecento) euro per ASSICURATO e annualità assicurativa
Parte D – Prevenzione	Prestazioni diagnostiche particolari	Solo in Assistenza diretta in Italia	1 volta l'ANNO

SEZIONE 3: ASSISTENZA E SERVIZI ACCESSORI

46. SERVIZI DI CONSULENZA E DI ASSISTENZA

In Italia

I servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-009943 dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30; dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia seguito da 00390514161791.

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 ticket, 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 UniSalute.

I seguenti servizi di Assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477, tutti i giorni della settimana per tutto l'arco delle 24 ore. Per quanto concerne in particolare le prestazioni di Assistenza, UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenute.

c) Pareri medici immediati

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

d) Il veterinario risponde

La Centrale Operativa garantisce un servizio di consulenza veterinaria, mettendo un veterinario a disposizione dell'Assicurato, a cui potersi rivolgere per informazioni o chiarimenti sulla salute dell'animale dell'Assicurato.

e) Informazioni veterinarie telefoniche

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

- cliniche e ambulatori veterinari in zona, anche aperti 24 ore su 24;
- farmacie con prodotti specifici per cani e gatti e loro ubicazione;
- articoli/alimentari per cani e gatti - negozi e loro ubicazioni;
- pensioni per cani e gatti in città e provincia;
- scuole addestramento cani;

- toelettatura cani;
- allevamenti di zona (cani e gatti);
- informazioni mostre/raduni;
- informazioni spiagge/stabilimenti balneari a loro accessibili.

I seguenti servizi di Assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477, tutti i giorni della settimana per tutto l'arco delle 24 ore. Per quanto concerne in particolare le prestazioni di Assistenza, UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenute.

f) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di Infortunio o di Malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20:00 alle ore 8:00 nei giorni feriali o per le 24:00 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa **accertata la necessità della prestazione**, provvederà a inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

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

g) Rientro dal ricovero di primo soccorso

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

h) Trasferimento in centro medico specializzato

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

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica. La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

i) Assistenza dell'animale in pensione a seguito di ricovero dell'Assicurato

In caso di Ricovero per Malattia o Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 (cinque) giorni, UniSalute, per il tramite della Centrale Operativa contattata telefonicamente dall'Assicurato, provvede a fornire informazioni in merito alle pensioni per cani e gatti in città e provincia, nonché a rimborsare le spese sostenute per la custodia dell'Animale presso la struttura prescelta, **fino a un importo massimo di 150 (centocinquanta) euro per Ricovero.**

La garanzia si intende operante a seguito dell'invio della seguente documentazione:

- certificato comprovante la proprietà dell'animale (anche autocertificazione);
- certificato comprovante il Ricovero dell'Assicurato.

All'estero

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

j) Viaggio di un familiare all'estero

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

k) Invio di Medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di Malattia o di Infortunio **l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità Medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia)**, e non siano farmaci salvavita, UniSalute provvederà a inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, **compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei Medicinali**, tenendo a proprio carico le spese relative.

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

l) Rimpatrio sanitario

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

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

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

Il trasporto è interamente organizzato da UniSalute inclusa l'Assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, **se ritenuta necessaria dai medici della stessa.**

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio. UniSalute qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc., non utilizzato.

m) Interprete a disposizione

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Ricovero ospedaliero all'estero, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale con i medici curanti, UniSalute provvede a inviare un interprete, tenendo a proprio carico le spese relative fino ad un massimo di 8 (otto) ore lavorative per evento e per annualità assicurativa.

n) Rientro di minori

Nel caso in cui i figli minori di 15 (quindici) anni dell'Assicurato si trovino senza un accompagnatore maggiorenne a seguito del Ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'estero, la struttura organizzativa provvederà a organizzarne il rientro al domicilio dell'Assicurato.

La Compagnia tiene a proprio carico le relative spese fino al raggiungimento di 500 (cinquecento) euro per Sinistro.

o) Rientro dall'estero

UniSalute provvede al rientro dell'Assicurato con accompagnamento di un parente residente in Italia mettendogli a disposizione un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe), andata e ritorno, per accompagnare l'Assicurato stesso, dimesso dall'Istituto di cura, alla propria abitazione e qualora non sia necessaria l'Assistenza di personale medico e paramedico.

p) Rientro anticipato

La Centrale Operativa provvede a organizzare il rientro anticipato dell'Assicurato alla sua abitazione, in caso di pericolo di vita del coniuge, figlio, fratello, genitore, suocero, genero dell'Assicurato stesso. Il costo del biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe) è a carico di UniSalute.

COSA NON È ASSICURATO

47. ESCLUSIONI

La Centrale Operativa non fornisce:

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

COME ASSICURA

48. VALIDITA' TERRITORIALE

In Italia, i servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-009943 dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30. Dall'estero, invece, occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia seguito da 0039 0514161791.

I servizi di assistenza in Italia vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-212477 tutti i giorni h24. Dall'estero, invece, occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia seguito + 051 4161781.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI – SEZIONE Assistenza

Garanzia		Scoperto/Franchigia/ Minimo per Sinistro	Massimo Indennizzo
Garanzie operanti in Italia	Rientro dal RICOVERO di primo soccorso	-	300 km per evento
	ASSISTENZA dell'animale in pensione a seguito di RICOVERO dell'ASSICURATO	-	150 (centocinquanta) euro per RICOVERO
Garanzie operanti dall'estero	Viaggio di un familiare all'estero	Se RICOVERO maggiore a 10 gg	Spese di soggiorno 100 (cento) euro per SINISTRO
	Interprete a disposizione	-	Max 8 ore per evento e annualità assicurativa
	Rientro di minori	Minori anni 15	500 (cinquecento) per SINISTRO

49. SERVIZI ACCESSORI

SiSalute S.r.l. prevede per l'Assicurato la possibilità di utilizzare determinati servizi relativi alla salute attraverso strumenti digitali e/o da remoto e, quando previsto, con eventuale gestione del servizio da parte degli operatori di SiSalute.

I servizi disponibili sono:

- 1) **Blog:** l'Assicurato ha la possibilità di consultare gratuitamente il Blog contenente articoli editoriali relativi alla salute.
- 2) **Pharma:** l'Assicurato ha la possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio.

- 3) **Pharma Checker:** l'Assicurato ha la possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato. "Pharma Checker" non si sostituisce al parere del medico dell'Assicurato; pertanto, l'Assicurato potrà rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.
- 4) **Televisita Specialistica:** l'Assicurato ha la possibilità illimitata di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata televisite specialistiche con medici convenzionati con SiSalute. È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.
- 5) **Chat e Televisita:** l'Assicurato ha la possibilità di chattare direttamente con personale sanitario che gratuitamente sarà a sua disposizione per rispondere a preoccupazioni, incertezze e dare consigli. L'Assicurato nel caso utilizzi la Chat avrà, eventualmente, al termine dello scambio la possibilità di effettuare previa prenotazione una Televisita con il medesimo personale sanitario con cui ha avuto lo scambio di messaggistica.
- 6) **Televisita con Medico:** l'Assicurato ha la possibilità di prenotare N°3 Televisite H24, 7/7 e fruirne gratuitamente tramite canale telefonico.
- 7) **SiSerenò:** l'Assicurato ha la possibilità di effettuare da remoto un percorso psicologico (tramite canale video) con psicologi e psicoterapeuti regolarmente iscritti all'Albo e dedicati al Servizio. La prima seduta è gratuita mentre il **costo delle prestazioni successive è carico dell'Assicurato, a tariffa agevolata**. L'Assicurato, una volta compilato il questionario, avrà la possibilità di scegliere il professionista più adatto alle sue necessità e contattare successivamente gli operatori SiSalute per fissare gli appuntamenti ed iniziare il percorso.

Per l'attivazione dei Servizi SiSalute, l'Assicurato riceverà una welcome e-mail con tutte le istruzioni. In caso di necessità è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 051 3542036, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

SEZIONE 4: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

50. DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato, o chi per esso, deve preventivamente chiedere la prenotazione o comunicare l'appuntamento delle prestazioni extra ricovero di cui necessita sul sito www.UniSalute.it utilizzando la funzione "Fai una nuova prenotazione" disponibile nella Home Page all'interno dell'Area Servizi Clienti.

È possibile, inoltre, accedere ai servizi di prenotazione delle prestazioni extra ricovero attraverso la app **"UniSalute Up"**, che si può scaricare direttamente su App Store e Play Store.

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

In caso di Ricovero, Day Hospital e Intervento chirurgico ambulatoriale o nel caso in cui non possa accedere ad internet o non possa scaricare la app "UniSalute Up", l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la **Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-009943** (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 alla sua Polizza.

Se l'Assicurato utilizza una Struttura sanitaria convenzionata senza avere preventivamente contattato UniSalute, **le spese sostenute possono essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione, e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di Polizza.**

51. PROVINCIA SCOPERTA IN ITALIA

Se non sono presenti sul territorio nazionale strutture convenzionate nella provincia dove l'Assicurato è residente questi, **previa autorizzazione della Centrale Operativa di UniSalute**, può effettuare la prestazione in Assistenza indiretta o in SSN **con il rimborso integrale delle spese sostenute nel limite previsto dalla garanzia.**

52. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

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

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

53. NORME SPECIFICHE PER LE SEZIONI 2 E 2BIS: SPESE SANITARIE - MODULO ACUORE SUPER: PARTE A - Ricovero a seguito di Malattia o Infortunio; PARTE B - Visite e trattamenti -

MODULO ACUORE SMART E MODULO ACUORE LIGHT: PARTE A - RICOVERO PER GRANDE

INTERVENTO CHIRURGICO (GIC) E PARTE B - VISITE E TRATTAMENTI ¹⁰

53.1 MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA PARTE A E B: SINISTRI IN ASSISTENZA DIRETTA

L'Assicurato deve sempre preventivamente contattare UniSalute tramite servizi on-line oppure tramite la Centrale Operativa, specificando la richiesta.

L'Assicurato ha, inoltre, la facoltà di contattare preventivamente la Struttura sanitaria convenzionata e successivamente comunicare a UniSalute:

- struttura sanitaria,
- tipologia prestazione;
- data e ora

ottenendo successivamente la relativa autorizzazione.

UniSalute, infatti, dopo aver accertato la regolarità assicurativa (referti, risultati diagnostici, cartella clinica, ecc.) autorizza la prestazione:

Sinistri in Assistenza diretta: prestazioni sanitarie erogate tramite Strutture sanitarie convenzionate

L'Assicurato all'atto dell'effettuazione della prestazione deve presentare alla Struttura sanitaria convenzionata i **seguenti documenti**:

- documento comprovante la propria identità;
- la prescrizione del medico curante contenente la natura della Malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/ o terapeutiche richieste.

In caso di Ricovero, l'Assicurato deve sottoscrivere:

- al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la Lettera d'impegno, con cui si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dall'Assicurazione;
- all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione delle prestazioni sanitarie ricevute.

In caso di prestazione senza Ricovero, l'Assicurato deve firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

UniSalute provvede a liquidare direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate sulla base delle Condizioni di Assicurazione. A tal fine l'Assicurato delega UniSalute a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di Polizza.

La Struttura sanitaria convenzionata non può 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 la Somma assicurata o non autorizzate, scoperti o minimi non indennizzabili a carico dell'Assicurato.

¹⁰ **Cosa sono le norme specifiche?**

Finora ti abbiamo descritto le norme che disciplinano i sinistri in generale. Le norme specifiche esplicitano invece le norme che concernono una sezione/parte ben precisa delle Condizioni di ASSICURAZIONE e si integrano con quelle generali.

53.2 MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA PARTE A E B: SINISTRI IN ASSISTENZA INDIRETTA

L'Assicurato può scegliere di optare per una struttura o un medico non convenzionato e rivolgersi a UniSalute per ottenere il rimborso nei limiti previsti dalla Polizza.

a) Sinistri in Assistenza indiretta: prestazioni sanitarie erogate tramite strutture non convenzionate

Nel caso di prestazioni sanitarie erogate da istituti di cura non convenzionati, l'Assicurato, per ottenere il rimborso delle spese sostenute, deve inviare, tramite APP o sito internet, accedendo alla propria area riservata, la seguente documentazione necessaria o inviare direttamente alla sede di UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO, la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia di 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 e di tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni sanitarie effettuate nei periodi pre e post (come definiti in Polizza) il Ricovero, Day Hospital, Intervento chirurgico ambulatoriale, ad essi connesse che dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce;
- in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale dovrà essere inviata anche copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extra-Ricovero, 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 di UniSalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute ha sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione che si impegna a restituire a sue spese.

b) Personale non convenzionato operante in Struttura sanitaria convenzionata

Se viene effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato - che devono essere preventivamente autorizzate e riportate nella Lettera d'impegno da lui firmata - verranno liquidate alle condizioni generali del presente contratto e con le modalità previste dalla precedente lettera a).

53.3 SERVIZI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PARTE A E B

Per i Ricoveri e le prestazioni extra-Ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti articoli.:

- “Modalità di utilizzo della copertura parte A e B: sinistri in Assistenza diretta”;
- “Modalità di utilizzo della copertura parte A e B: sinistri in Assistenza indiretta”, lettere a) e b).

Indennità sostitutiva: nel caso di richiesta di corresponsione dell'Indennità sostitutiva, l'Assicurato deve presentare il modulo di denuncia del Sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

54. NORME SPECIFICHE PER LE SEZIONI: 2 -2 BIS E 2 TER :SPESE SANITARIE – MODULO ACUORE SUPER, MODULO ACUORE SMART, MODULO ACUORE LIGHT: PARTE C – PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

54.1 MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA PARTE C: SINISTRI IN Assistenza DIRETTA

Sinistri in Assistenza diretta: prestazioni sanitarie odontoiatriche/ortodontiche erogate tramite Strutture sanitarie convenzionate

Prima della erogazione della prestazione sanitaria la Centrale Operativa deve essere contattata dal centro odontoiatrico, al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della **“Presa in carico”** cioè del documento con cui UniSalute autorizza il Centro odontoiatrico a effettuare le prestazioni sanitarie cui l'Assicurato stesso ha diritto.

In occasione del primo contatto presso il Centro odontoiatrico convenzionato il dentista provvede ad effettuare la prima visita e redige:

- **la Scheda anamnestica** relativa all'apparato masticatorio dell'Assicurato, in ogni sua parte;
- **il Piano terapeutico** cioè l'elenco delle eventuali prestazioni necessarie condiviso con l'Assicurato.

Il dentista deve inviare a UniSalute tali documenti corredati anche di referti, radiografie ed ogni altra documentazione medica disponibile utile al fine della valutazione delle prestazioni sanitarie in esame.

Successivamente all'esame di tale documentazione UniSalute provvede ad inviare alla struttura convenzionata la **“Presa in carico”** cioè il documento con cui vengono definite ed autorizzate le prestazioni sanitarie assicurate a termini di Polizza. La “Presa in carico” vale nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza delle somme assicurate e nei limiti previsti nelle singole garanzie. All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Assicurato deve presentare alla Struttura sanitaria convenzionata:

- un documento comprovante la propria identità;
- sottoscrivere la Lettera d'impegno cioè il documento con cui si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dall'Assicurazione.

UniSalute provvede, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico. A tal fine l'Assicurato delega UniSalute a pagare le Strutture sanitarie/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di Polizza.

La Struttura sanitaria convenzionata non può comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese restanti a suo carico per prestazioni non completamente pagate da UniSalute, non contenute nelle garanzie di Polizza, eccedenti la Somma assicurata, non prese in carico.

UniSalute dichiara che nel caso di erogazione da parte del Centro odontoiatrico convenzionato di prestazioni sanitarie non rientranti nel documento di Presa in carico ma autorizzate preventivamente dall'Assicurato, **le relative spese, a suo carico, verranno calcolate sulla base delle tariffe applicate da UniSalute per prestazioni similari.**

55. NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE 2: SPESE SANITARIE - MODULO ACUORE SUPER: PARTE C - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

55.1 MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA PARTE C: SINISTRI IN Assistenza INDIRECTA

L'Assicurato può scegliere di optare per una struttura o un medico non convenzionato e rivolgersi a UniSalute per ottenere il rimborso nei limiti previsti dalla Polizza.

Sinistri Assistenza indiretta: prestazioni odontoiatriche/ortodontiche erogate da strutture sanitarie non convenzionate

Nel caso di prestazioni sanitarie erogate da istituti di cura non convenzionati, l'Assicurato, per ottenere il rimborso delle spese sostenute, deve inviare, tramite APP o sito internet, accedendo alla propria area riservata, o deve inviare direttamente a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO, la seguente documentazione:

- modulo di denuncia di Sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di prestazioni diagnostiche, 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; nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte di UniSalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso;
- Scheda anamnestica redatta in ogni sua parte e sottoscritta dal medico curante.

55.2 SERVIZI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PARTE C

Per le prestazioni effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate attraverso il rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

56. NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE 2: SPESE SANITARIE – MODULO ACUORE SUPER: PARTE D – PREVENZIONE

56.1 MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA PARTE D MODULO ACUORE SUPER: SINISTRI IN ASSISTENZA DIRETTA

Le garanzie prevenzione sono erogate esclusivamente in forma di Assistenza diretta oppure tramite il sito di UniSalute nella sezione riservata a ogni singolo cliente; più in dettaglio:

- Art. – “Prevenzione obesità infantile” e Art. – “Sindrome metabolica assistenza diretta online”: è attiva la modalità di adesione on line;
- Art. – “Prestazioni diagnostiche particolari” e Art. – “Prestazioni diagnostiche particolari specifiche per età”, attivabili in base all'età dell'Assicurato e effettuabili 1 (una) volta all'Anno oppure 1 (una) volta ogni 2 anni.

Tali prestazioni devono essere effettuate in strutture convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati;

- Art. – “Diagnosi comparativa”: si attiva telefonando alla Centrale Operativa.

57. NORME SPECIFICHE PER LE SEZIONI 2 BIS E 2 TER: SPESE SANITARIE - MODULO ACUORE SMART E MODULO ACUORE LIGHT: PARTE D - PREVENZIONE

57.1 MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA PARTE D MODULO ACUORE SMART: SINISTRI IN Assistenza DIRETTA

Le garanzie prevenzione sono erogate esclusivamente in forma di Assistenza diretta oppure tramite il sito di UniSalute nella sezione riservata a ogni singolo cliente; più in dettaglio:

- Artt. – “Prestazioni diagnostiche particolari”: attivabili in base all'età dell'Assicurato e effettuabili 1 (una) volta all'Anno. Tali prestazioni devono essere effettuate in strutture convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati;
- Artt. – “Diagnosi comparativa/Second opinion”: si attiva telefonando alla Centrale Operativa.

58. NORME SPECIFICHE PER LE SEZIONI 2 E 2 BIS: SPESE SANITARIE - MODULO ACUORE SUPER E MODULO ACUORE SMART: PARTE E - STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI CON ETÀ MINIMA 18 ANNI

58.1 MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA PARTE E: SINISTRI IN Assistenza DIRETTA

Sinistri in Assistenza diretta: Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni

Se l'Assicurato richiede l'attivazione del servizio di Assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di Strutture sanitarie e/o di personale sanitario convenzionati con UniSalute, la stessa provvede a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.

La Struttura sanitaria e/o il personale sanitario convenzionati non possono 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 di UniSalute.

L'erogazione della prestazione decorre dal momento in cui UniSalute considera completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

58.2 MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA PARTE E: SINISTRI IN ASSISTENZA INDIRETTA

Sinistri in Assistenza indiretta: Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni

Nel caso di prestazioni sanitarie erogate da istituti di cura non convenzionati, l'Assicurato, per ottenere il rimborso delle spese sostenute, deve inviare, tramite APP o sito internet, accedendo alla propria area riservata, la seguente documentazione necessaria deve inviare direttamente alla sede di UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO, la documentazione necessaria:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;

- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri e il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato;
- qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a UniSalute tutta la Documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Deve inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di Assistenza sanitaria. Nel caso in cui l'Assicurato sia assistito in modo continuativo da una badante, deve produrre la documentazione idonea a comprovare l'esistenza del rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione a UniSalute della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte di UniSalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi vengono effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

L'erogazione della prestazione decorre dal momento in cui UniSalute considera completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

59. PAGAMENTO DEL SINISTRO

UniSalute provvede al pagamento del sinistro entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'importo previo accordo tra UniSalute e l'Assicurato, o da quello in cui è stato redatto il verbale delle operazioni arbitrali ai sensi dell'articolo "Controversie e Arbitrato Irrituale".

60. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

UniSalute conserva e allega ai sinistri la documentazione di spesa ricevuta in copia dall'Assicurato. Nei casi in cui UniSalute richiede la produzione degli originali, svolte le opportune verifiche li restituisce all'Assicurato.

UniSalute, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, invia i seguenti riepiloghi in caso di richiesta da parte dell'Assicurato alla Centrale Operativa:

- riepilogo mensile delle richieste di Rimborso in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese;

- 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.

61. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

62. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Eventuali controversie fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione dell'assicurazione, possono essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale vengono nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunisce nel Comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro esclusa ogni responsabilità solidale.

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.

63. INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018

Ai sensi del 2. comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.UniSalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

ALLEGATO 1 - INTERVENTI CHIRURGICI SPECIFICI (ASSISTENZA INDIRETTA)

INTERVENTO CHIRURGICO	SOMMA ASSICURATA per ogni intervento
Isteroscopia operativa	€ 2.500
Rinosettoplastica	€ 2.500
Cataratta	€ 2.500
Rimozione mezzi di sintesi	€ 2.500
Interventi a carico dell'ano	€ 3.500
Ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 3.500
Interventi sul piede	€ 3.500
Interventi chirurgici a carico di spalla e ginocchio, non per protesi	€ 5.500
Asportazione cisti ovariche	€ 5.500
Miomectomia	€ 5.500
Colecistectomia	€ 5.500
Cistectomia	€ 5.500
Riduzione e sintesi fratture singole o multiple	€ 5.500
Quadrantectomia	€ 8.000
Isterectomia	€ 8.000
Ernia del disco	€ 8.000
Tiroidectomia	€ 8.000
Interventi per protesi (anca, spalla, ginocchio)	€ 8.000
Interventi sulla prostata	€ 8.000
Interventi su fegato, pancreas, esofago, stomaco, colon, intestino e retto per via laparoscopica o laparotomia, eccetto interventi di appendicectomia	€ 11.000
Interventi chirurgici sul cuore e sulle arterie coronariche per via toracotomica o percutanea	€ 11.000
Interventi per via craniotomica	€ 11.000
Interventi sull'apparato respiratorio per via toracotomica	€ 11.000
Nefrectomia	€ 11.000

Alta diagnostica radiologica (esami stracigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Accertamenti endoscopici diagnostici
- Amniocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Diagnostica radiologica
- Doppler
- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)

- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

ALLEGATO 3 - ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (GIC)

NEURO CHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore
- Interventi sui grandi vasi toracici
- Interventi sull'aorta addominale
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatici
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicoleclectomia
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

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

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)

- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

Tutti

Gentile Cliente,

Tale scheda è stata suddivisa in due tabelle per rendere più agevole e uniforme la raccolta dei dati relativi allo stato di salute del suo cavo orale, **precedente alle prestazioni** odontoiatriche effettuate.

Il Sottoscritto/a		
Nato a	il	Codice Fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Residente a	Prov	CAP
Via/Piazza	N°	N° tel.

Si prega di barrare con una X gli elementi interessati

Codice	Descrizione	Indicare gli elementi interessati															
X	ELEMENTO MANCANTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
O	OTTURAZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
D	DEVITALIZZAZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
IN	INTARSIO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RIC	RICOSTRUZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
W	CORONA PROTESICA SINGOLA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
F	FIXTURE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
PF	ELEMENTO DI PROTESI FISSA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
PM	ELEMENTO DI PROTESI MOBILE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

P	PERNO MONCONE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
S	ELEMENTO DI SCHELETRATO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DP	DENTE PILASTRO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
C	CARIE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RA	RESIDUO RADICOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FC	FRATTURA CORONALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
ENV	ELEMENTO NON VITALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EDP	ELEMENTO DOLENTE ALLA PERCUSSIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EMP	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO +	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM1	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 1	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM2	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 2	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM3	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 3	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RGMI	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER I	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RGMII	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER II	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
COR	CISTI (ODONTOGENA O RADICOLARE)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DOA	DIFETTO OSSEO ANGOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

ERI	ELEMENTO RITENUTO OD INCLUSO	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FR	FRATTURA RADICOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
CCI	CURA CANALARE INCONGRUA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
GP	GRANULOMA PERIAPICALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

TABELLA 2 – Patologie del cavo orale

Indicare per esteso il quadro clinico rilevato: si prega di scrivere in stampatello in modo chiaro e leggibile.

(Es.: recessione gengivale classe di Miller III: 1° e 2° quadrante; leucoplachia: mucosa geniena destra; frenulo: linguale; riassorbimento osseo orizzontale: diffuso; altre patologie delle mucose orali: mucocele labbro inferiore; ecc.)

Codice	Descrizione	Indicare se presente
MLCI	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE I	
MLCII	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE II	
MLCIII	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE III	
TP	TORUS PALATINO	
TM	TORUS MANDIBOLARE	
FT	FRENULO TECTOLABIALE	
E	EPULIDE (GRANULOMA A CELLULE GIGANTI)	
L	LEUCOPLACHIA	
ESLT	ERITOPLACHIE O SOSPETTE LESIONI TUMORALI	
APMO	ALTRE PATOLOGIE DELLE MUCOSE ORALI	
FRE	FRENULO	
RCGMIII	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER III	
RCGMIV	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER IV	
ROO	RIASSORBIMENTO OSSEO ORIZZONTALE	

ATTENZIONE: nella scheda anamnestica vanno segnate le preesistenze (carie, elementi assenti, corone, otturazioni, fratture, ecc.) E NON le cure effettuate.

ATTENZIONE: La scheda anamnestica va compilata per l'intero cavo orale, non soltanto per il distretto oggetto di cure.

Note:

Firma dell'odontoiatra

Data

ALLEGATO 5 – MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Modulo denuncia di sinistro richiesta di rimborso

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per finalità assicurative
(Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo **che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo**, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data	Nome e cognome
	e C.F.
	del titolare di polizza o del familiare (in stampatello)
	Firma dell'interessato

POLIZZA NUMERO	
CONTRAENTE: Cognome	Nome

ASSICURATO PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO:														
Cognome					Nome									
Nato/a				il	Codice Fiscale									
Residente in via				N°	CAP			Località/Comune						Prov
Domicilio (se diverso da residenza)					CAP			Località/comune						Prov
N° tel.			Tel cell.		E-mail									

Si allega la copia delle seguenti fatture

[illegible][illegible]

e si dichiara di essere a conoscenza che, 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 di spesa.

Altre polizze Malattia/Infortuni possedute: SÌ ☐ NO ☐ Compagnia _____

Ai fini del rimborso diretto l'Assicurato notifica le coordinate bancarie del conto di cui deve essere l'intestatario o cointestatario
c/c intestato a: Banca/Posta

[illegible]

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva a UniSalute

Data

Firma dell'Assicurato

Da compilare e inviare in busta chiusa a:
UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna
BO

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(di seguito, "Informativa Privacy")
UNS_Info_Cont_01 – Ed. 01.01.2025

Gentile Cliente,

ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, il "**Regolamento**"), La informiamo che UniSalute S.p.A. (di seguito, "**UniSalute**" o la "**Compagnia**"), per fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, in qualità di titolare, tratterà alcuni dati personali riferibili a Lei e/o agli ulteriori eventuali interessati, per le finalità di seguito indicate.

Le informazioni riportate di seguito dovranno essere fornite, a cura del contraente (di seguito, il "**Contraente**"), agli eventuali altri soggetti (di seguito, i "**Terzi Interessati**") a cui si riferiscono i dati personali oggetto del trattamento (a titolo esemplificativo, il beneficiario della polizza assicurativa ovvero ogni altro interessato a qualunque titolo coinvolto).

Chi tratterà i dati personali?

Il titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (<https://www.unisalute.it>), con sede in Via Larga 8, 40138, Bologna.

Quali dati personali tratteremo?

Saranno raccolte e trattate le seguenti categorie di dati personali (i "**Dati**" o i "**Suoi Dati**") riferibili a Lei e/o ai Terzi Interessati:

- dati anagrafici (nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale);
- dati di contatto (numero di telefono e indirizzo e-mail);
- coordinate bancarie (in particolare, l'IBAN);
- categorie particolari di dati¹¹ (in specie, dati relativi alla salute: ad esempio, i dati riportati in eventuali questionari anamnestici, 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).

Si tratta dei Dati, che Lei stesso o altri soggetti¹² ci fornite, indispensabili per erogare, in favore del Contraente e/o dei Terzi Interessati, i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti.

Perché tratteremo i Dati?

I Dati saranno trattati per le finalità e sul presupposto delle basi giuridiche di seguito indicate:

- **(F1) – Predisposizione del contratto assicurativo:** i Dati saranno trattati per la predisposizione del contratto assicurativo (il "**Contratto**");
- **(F2) – Esecuzione del Contratto**¹³: i Dati saranno trattati dalla Compagnia per l'erogazione dei servizi assicurativi. Precisiamo che, nell'ambito del predetto Contratto, i Dati potranno essere anche trattati per finalità antifrode (ad esempio, per verificare l'autenticità dei Dati, per prevenire il rischio di frodi, per contrastare le frodi subite) e per lo svolgimento di attività di analisi, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie;
- **(F3) – Area riservata:** se deciderà di registrarsi all'area riservata (l' "**Area Riservata**") del nostro sito, o della nostra applicazione per dispositivi mobili (l' "**App**"), qualora prevista dal Suo piano sanitario, tratteremo i Dati per identificarLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dal Contratto;
- **(F4) – Invio di comunicazioni di servizio:** i Dati relativi ai Suoi recapiti saranno utilizzati per inviarLe avvisi e comunicazioni di servizio¹⁴, eventualmente anche per il tramite dell'App;
- **(F5) – Condivisione dei Suoi dati con gli appartenenti al nucleo familiare assicurato:** al momento della registrazione all'Area Riservata, ove presente, Le sarà possibile scegliere se condividere i Suoi dati personali, anche rientranti in categorie particolari, con gli eventuali Terzi Interessati, purché appartenenti al Suo nucleo familiare assicurato, oppure se gestire in autonomia la Sua posizione. Le forniremo ulteriori informazioni sulla condivisione dei Suoi Dati con un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata¹⁵;
- **(F6) – Perseguimento di esigenze amministrativo contabili e adempimento degli obblighi normativi:** i Dati saranno trattati al fine di perseguire esigenze amministrativo – contabili, nonché al fine di adempiere agli obblighi normativi di settore, di volta in volta applicabili in base alle prestazioni richieste, e stabiliti da leggi, regolamenti, normativa europea o da disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di Vigilanza¹⁶;
- **(F7) – Tutela dei propri diritti:** il trattamento potrà avvenire, inoltre, al fine di agire a tutela dei diritti della Compagnia, anche in via difensiva, sia in sede giudiziale, che stragiudiziale.

¹¹ Ai sensi dell'articolo 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, l'appartenenza sindacale, i dati genetici, i dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

¹² Ad esempio, banche coinvolte nella distribuzione delle polizze assicurative; eventuali soggetti che abbiano stipulato nell'interesse di un terzo la polizza assicurativa; contraenti di polizze assicurative in cui risulti assicurato o beneficiario; eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.) da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; soggetti ai quali, per soddisfare le 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.

¹³ A titolo esemplificativo e non esaustivo, per la raccolta dei premi; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno.

¹⁴ Le comunicazioni di servizio, che Le verranno fornite a mezzo e-mail, SMS o, limitatamente all'APP, tramite notifiche push, riguarderanno le informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

¹⁵ L'informativa è messa a disposizione dell'interessato anche nella sezione "privacy" del sito web di UniSalute (<https://www.unisalute.it>).

¹⁶ Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione e adeguata verifica della clientela e per segnalazioni 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 un furto d'identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o previa richiesta al Responsabile per la protezione dei dati.

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F1	a); b); c). d): nei soli casi in cui, per le valutazioni precontrattuali, al fine di addivenire a un'eventuale stipula del Contratto, sia richiesta la compilazione di un questionario anamnestico.	Per quanto attiene alla conclusione del Contratto, la base giuridica del trattamento consiste nell'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta del Contraente. I Dati riferibili ai Terzi Interessati saranno trattati sulla base del legittimo interesse a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi. Precisiamo che potremo trattare Dati rientranti in categorie particolari (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per le valutazioni precontrattuali, al fine di addivenire a un'eventuale stipula del Contratto, e solamente dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento).	Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.
F2	a); b); c); d);	Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Per quanto riguarda il trattamento dei Dati per finalità antifrode e per l'analisi tariffaria, la base giuridica è il legittimo interesse di UniSalute correlato (i) alla necessità di prevenire e contrastare frodi in suo danno e (ii) alla necessità di svolgere attività di analisi dei Dati per valutazioni di carattere statistico e tariffario. I Dati riferibili ai Terzi Interessati, beneficiari di polizza, acquisiti nella fase precontrattuale, saranno trattati sulla base del legittimo interesse di UniSalute a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato¹⁷.
F3	a); b); c); d)	Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2,	Il conferimento dei Dati, in questi casi, è necessario per permetterLe di ottenere i servizi <i>online</i> tramite l'Area Riservata. Il mancato conferimento dei Dati potrebbe compromettere il perseguimento di tale finalità.

¹⁷ Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei Dati, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi di legge, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto contrattuale e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute (es.: difesa di diritti in sede giudiziaria).

		lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato.
F4	a); b); d)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere ad obblighi normativi e, in ogni caso, nella necessità di dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato.
F5	a); b); c); d);	La base giuridica del trattamento consiste nello specifico e facoltativo consenso degli interessati. Potrà esprimere tale consenso al momento della registrazione all'Area Riservata. Le ricordiamo che Le verranno fornite ulteriori informazioni sulla condivisione dei Dati tramite un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata.	Precisiamo, sin da subito, che il mancato rilascio del consenso non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla stipulazione e/o all'esecuzione del Contratto, ma precluderà solamente la condivisione dei Dati. Resta ferma, inoltre, la facoltà di revocare in ogni momento il consenso; la revoca non pregiudicherà la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.
F6	a); b); c);	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F7	a); b); c); d)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute rappresentato dalla necessità di tutelare i propri diritti. Tratteremo i Dati relativi alla salute, nei soli casi in cui ciò sia strettamente necessario per difendere un diritto di UniSalute in giudizio, sulla base dell'articolo 9, comma 2, lettera f).	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.

Come tratteremo i Suoi Dati?

I Suoi Dati saranno trattati tramite logiche e modalità, anche informatiche, strettamente pertinenti alle finalità suindicate, previa adozione delle misure di sicurezza ritenute adeguate ai rischi. I Dati saranno resi accessibili al solo personale autorizzato, nei limiti di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle attività cui lo stesso risulta preposto.

A chi comunicheremo i Dati?

I Dati non saranno soggetti a diffusione, ma potranno essere comunicati a soggetti terzi, in ragione delle sole finalità suesposte. In particolare, i Dati potranno essere comunicati a:

- I. soggetti esterni a cui UniSalute affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici e telematici, banche coinvolte nella distribuzione delle polizze assicurative, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei Dati¹⁸;
- II. ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i Dati potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre società facenti parte, come la titolare UniSalute, del Gruppo Unipol¹⁹;
- III. soggetti legittimati ad accedere ai dati in forza di specifiche disposizioni normative (quali ad esempio, Autorità Giudiziaria, Autorità di polizia giudiziaria, Autorità di controllo e vigilanza, ecc.): la comunicazione è necessaria al fine di adempiere ad obblighi di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria o di altre Autorità pubbliche.

¹⁸ 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.

¹⁹ Per l'elenco completo e aggiornato di tutte le società facenti parte del Gruppo Unipol, si rinvia al sito www.unipol.com.

I Dati potranno altresì essere comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni ad UniSalute, coinvolti o nella prestazione dei servizi assicurativi che la riguardano²⁰ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i Dati potranno essere comunicati ad altre società assicurative, anche non appartenenti al Gruppo Unipol, ove indispensabile per il perseguimento di legittimi interessi correlati a tali esigenze, o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

I Suoi Dati non saranno trasferiti verso paesi situati al di fuori dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo; qualora ciò fosse necessario al perseguimento delle finalità suindicate, lo faremo sulla base delle misure di garanzia previste dal Regolamento, quali ad esempio una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, ovvero la sottoscrizione di clausole contrattuali standard con l'importatore dei Dati.

Per quanto tempo tratteremo i Dati?

I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale in essere e successivamente conservati, per ragioni amministrativo-contabili, nonché per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili.

In dettaglio:

Finalità	Termine di conservazione
F1	I Suoi Dati saranno trattati per l'intera durata della fase precontrattuale. In caso di mancata sottoscrizione, i Dati non saranno conservati.
F2, F3, F4	I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale.
F5	I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale. Alla cessazione del Contratto, la condivisione si interromperà.
F6	I Suoi Dati saranno conservati per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili (amministrativi, fiscali, assicurativi, ecc.), di regola dieci (10) anni.
F7	Per i termini prescrizione previsti dalla normativa di settore, nonché per la durata dell'eventuale contenzioso.

I Suoi diritti

La normativa sulla privacy (articoli da 15 a 22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai Dati che La riguardano, di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, e la portabilità dei Dati che Lei ci ha fornito, qualora trattati in modo automatizzato sulla base di un Suo consenso o per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (articolo 20).

La normativa sulla privacy Le attribuisce, altresì, il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei Dati, se ne ricorrono i presupposti, e di opporsi al trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.

Ove il trattamento dei Dati sia basato sul Suo consenso, Lei ha il diritto di revocarlo in ogni momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca.

Il Responsabile per la protezione dei dati è a Sua disposizione per chiarimenti sul trattamento dei Suoi Dati e per l'esercizio dei Suoi diritti: può contattarlo all'indirizzo di posta elettronica: privacy@unisalute.it.

Resta fermo il Suo diritto di rivolgersi al Garante Privacy, anche attraverso la presentazione di un reclamo, ove ritenuto necessario, per la tutela dei Suoi Dati e dei Suoi diritti.

²⁰ In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati, entro i limiti di quanto strettamente necessario per le finalità indicate, a società del Gruppo Unipol e a soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP).

INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(di seguito, "Informativa Privacy")
UNS_Info_CoCo_04 – Ed. 01.01.2025

Gentile Cliente,

ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, il "Regolamento"), La informiamo che UniSalute S.p.A. (di seguito, "UniSalute" o la "Compagnia"), per fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, in qualità di titolare, tratterà alcuni dati personali riferibili a Lei e/o agli ulteriori eventuali interessati, per le finalità di seguito indicate.

Le informazioni riportate di seguito dovranno essere fornite, a cura del contraente (di seguito, il "Contraente"), agli eventuali altri soggetti (di seguito, i "Terzi Interessati") a cui si riferiscono i dati personali oggetto del trattamento (a titolo esemplificativo, il beneficiario della polizza assicurativa ovvero ogni altro interessato a qualunque titolo coinvolto).

Chi tratterà i dati personali?

Il titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (<https://www.unisalute.it>), con sede in Via Larga 8, 40138, Bologna.

Quali dati personali tratteremo?

Saranno raccolte e trattate le seguenti categorie di dati personali (i "Dati" o i "Suoi Dati") riferibili a Lei e/o ai Terzi Interessati:

- e) dati anagrafici (nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale);
- f) dati di contatto (numero di telefono e indirizzo e-mail);
- g) coordinate bancarie (in particolare, l'IBAN);
- h) categorie particolari di dati²¹ (in specie, dati relativi alla salute: ad esempio, i dati 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).

Si tratta dei Dati, che Lei stesso o altri soggetti²² ci fornite, indispensabili per erogare, in favore del Contraente e/o dei Terzi Interessati, i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti.

Perché tratteremo i Dati?

I Dati saranno trattati per le finalità e sul presupposto delle basi giuridiche di seguito indicate:

- **(F1) – Predisposizione del contratto assicurativo:** i Dati saranno trattati per la predisposizione del contratto assicurativo (il "Contratto");
- **(F2) – Esecuzione del Contratto**²³: i Dati saranno trattati dalla Compagnia per l'erogazione dei servizi assicurativi. Precisiamo che, nell'ambito del predetto Contratto, i Dati potranno essere anche trattati per finalità antifrode (ad esempio, per verificare l'autenticità dei Dati, per prevenire il rischio di frodi, per contrastare le frodi subite) e per lo svolgimento di attività di analisi, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie;
- **(F3) – Area riservata:** se deciderà di registrarsi all'area riservata (l'"Area Riservata") del nostro sito, o della nostra applicazione per dispositivi mobili (l'"App"), qualora prevista dal Suo piano sanitario, tratteremo i Dati per identificarLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dal Contratto;
- **(F4) – Invio di comunicazioni di servizio:** i Dati relativi ai Suoi recapiti saranno utilizzati per inviarLe avvisi e comunicazioni di servizio²⁴, eventualmente anche per il tramite dell'App;
- **(F5) – Condivisione dei Suoi dati con gli appartenenti al nucleo familiare assicurato:** al momento della registrazione all'Area Riservata, ove presente, Le sarà possibile scegliere se condividere i Suoi dati personali, anche rientranti in categorie particolari, con gli eventuali Terzi Interessati, purché appartenenti al Suo nucleo familiare assicurato, oppure se gestire in autonomia la Sua posizione. Le forniremo ulteriori informazioni sulla condivisione dei Suoi Dati con un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata²⁵;
- **(F6) – Perseguimento di esigenze amministrativo contabili e adempimento degli obblighi normativi:** i Dati saranno trattati al fine di perseguire esigenze amministrativo – contabili, nonché al fine di adempiere agli obblighi normativi di settore, di volta in volta applicabili in base alle prestazioni richieste, e stabiliti da leggi, regolamenti, normativa europea o da disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di Vigilanza²⁶;

²¹ Ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, l'appartenenza sindacale, i dati genetici, i dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

²² Ad esempio, banche coinvolte nella distribuzione delle polizze assicurative; eventuali soggetti che abbiano stipulato nell'interesse di un terzo la polizza assicurativa; contraenti di polizze assicurative in cui risulti assicurato o beneficiario; eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.) da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; soggetti ai quali, per soddisfare le 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.

²³ A titolo esemplificativo e non esaustivo, per la raccolta dei premi; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno.

²⁴ Le comunicazioni di servizio, che Le verranno fornite a mezzo e-mail, SMS o, limitatamente all'APP, tramite notifiche push, riguarderanno le informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

²⁵ L'informativa è messa a disposizione dell'interessato anche nella sezione "privacy" del sito web di UniSalute (<https://www.unisalute.it>).

²⁶ Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione e adeguata verifica della clientela e per segnalazioni di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. lgs. 231/07), (iv)

- **(F7) – Comunicazioni commerciali e promozionali (“Marketing”):** i Dati del solo Contraente potranno essere altresì trattati da parte di UniSalute per comunicazioni commerciali relative a prodotti o servizi della Compagnia, delle società facenti parte del Gruppo Unipol²⁷ e/o di terzi. In particolare, i Dati saranno utilizzati per l'invio di comunicazioni promozionali, newsletter e materiale pubblicitario, attività di vendita diretta e compimento di ricerche di mercato, incluse indagini sulla qualità e soddisfazione dei servizi, mediante tecniche di comunicazione a distanza comprensive di modalità automatizzate di contatto (come SMS, MMS, fax, chiamate telefoniche automatizzate, posta elettronica, messaggi su applicazioni web) e tradizionali (come posta cartacea e chiamate telefoniche con operatore);
- **(F8) – Invio di comunicazioni commerciali riguardanti prodotti e/o servizi analoghi (Soft-Spam):** i Dati del solo Contraente potranno essere altresì trattati da parte di UniSalute per inviare comunicazioni commerciali inerenti a prodotti e/o servizi analoghi a quelli già previamente acquistati, al solo indirizzo di posta elettronica fornito da parte del Cliente durante la fase di acquisto, salvo Sua opposizione;
- **(F9) – Tutela dei propri diritti:** il trattamento potrà avvenire, inoltre, al fine di agire a tutela dei diritti della Compagnia, anche in via difensiva, sia in sede giudiziale, che stragiudiziale.

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F1	a); b); c);	Per quanto attiene alla conclusione del Contratto, la base giuridica del trattamento consiste nell'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta del Contraente. I Dati riferibili ai Terzi Interessati saranno trattati sulla base del legittimo interesse a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi.	Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.
F2	a); b); c); d);	Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Per quanto riguarda il trattamento dei Dati per finalità antifrode e per l'analisi tariffaria, la base giuridica è il legittimo interesse di UniSalute correlato (i) alla necessità di prevenire e contrastare frodi in suo danno e (ii) alla necessità di svolgere attività di analisi dei Dati per valutazioni di carattere statistico e tariffario. I Dati riferibili ai Terzi Interessati, beneficiari di polizza, acquisiti nella fase precontrattuale, saranno trattati sulla base del legittimo interesse di UniSalute a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato²⁸.

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 un furto d'identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o previa richiesta al Responsabile per la protezione dei dati.

²⁷ Per l'elenco completo e aggiornato di tutte le società facenti parte del Gruppo Unipol, si rinvia al sito www.unipol.com.

²⁸ Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei Dati, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi di legge, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto contrattuale e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute (es.: difesa di diritti in sede giudiziaria).

F3	a); b); c); d)	Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Il conferimento dei Dati, in questi casi, è necessario per permetterLe di ottenere i servizi <i>online</i> tramite l'Area Riservata. Il mancato conferimento dei Dati potrebbe compromettere il perseguimento di tale finalità. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato.
F4	a); b); d)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere ad obblighi normativi e, in ogni caso, nella necessità di dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato.
F5	a); b); c); d);	La base giuridica del trattamento consiste nello specifico e facoltativo consenso degli interessati. Potrà esprimere tale consenso al momento della registrazione all'Area Riservata. Le ricordiamo che Le verranno fornite ulteriori informazioni sulla condivisione dei Dati tramite un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata.	Precisiamo, sin da subito, che il mancato rilascio del consenso non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla stipulazione e/o all'esecuzione del Contratto, ma precluderà solamente la condivisione dei Dati. Resta ferma, inoltre, la facoltà di revocare in ogni momento il consenso; la revoca non pregiudicherà la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.
F6	a); b); c);	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F7	a); b) – limitatamente ai Dati del solo Contraente.	La base giuridica del trattamento consiste nello specifico e facoltativo consenso del Contraente.	Il mancato conferimento dei Dati per questa finalità, nonché il mancato rilascio del consenso, espresso per la medesima finalità, non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla stipulazione e all'esecuzione della polizza assicurativa, ma precluderà il solo invio delle suddette comunicazioni al Contraente. Resta ferma la facoltà di revocare in ogni momento il consenso; la revoca non pregiudicherà la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.
F8	a); b) – limitatamente all'indirizzo e-mail del solo Contraente.	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute allo svolgimento di attività di marketing diretto, nei limiti di quanto previsto dall'art. 130, comma 4, del D. Lgs. 196/2003.	Il conferimento dei Dati è libero e facoltativo. Inoltre, sarà sempre possibile opporsi all'invio di queste comunicazioni mediante il tasto <i>unsubscribe</i> o scrivendo all'indirizzo e-mail: privacy@unisalute.it.
F9	a); b); c); d)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute rappresentato dalla necessità di tutelare i propri diritti. Tratteremo i Dati relativi alla salute, nei soli casi in cui ciò sia strettamente necessario per difendere un diritto di UniSalute in giudizio, sulla base dell'articolo 9, comma 2, lettera f).	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.

Come tratteremo i Suoi Dati?

I Suoi Dati saranno trattati tramite logiche e modalità, anche informatiche, strettamente pertinenti alle finalità suindicate, previa adozione delle misure di sicurezza ritenute adeguate ai rischi. I Dati saranno resi accessibili al solo personale autorizzato, nei limiti di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle attività cui lo stesso risulta preposto.

A chi comunicheremo i Dati?

I Dati non saranno soggetti a diffusione, ma potranno essere comunicati a soggetti terzi, in ragione delle sole finalità suesposte. In particolare, i Dati potranno essere comunicati a:

- IV. soggetti esterni a cui UniSalute affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici e telematici, banche coinvolte nella distribuzione delle polizze assicurative, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei Dati²⁹;
- V. ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i Dati potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre società facenti parte, come la titolare UniSalute, del Gruppo Unipol;
- VI. soggetti legittimati ad accedere ai dati in forza di specifiche disposizioni normative (quali ad esempio, Autorità Giudiziaria, Autorità di polizia giudiziaria, Autorità di controllo e vigilanza, ecc.): la comunicazione è necessaria al fine di adempiere ad obblighi di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria o di altre Autorità pubbliche.

I Dati potranno altresì essere comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni ad UniSalute, coinvolti o nella prestazione dei servizi assicurativi che la riguardano³⁰ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i Dati potranno essere comunicati ad altre società assicurative, anche non appartenenti al Gruppo Unipol, ove indispensabile per il perseguimento di legittimi interessi correlati a tali esigenze, o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

I Suoi Dati non saranno trasferiti verso paesi situati al di fuori dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo; qualora ciò fosse necessario al perseguimento delle finalità suindicate, lo faremo sulla base delle misure di garanzia previste dal Regolamento, quali ad esempio una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, ovvero la sottoscrizione di clausole contrattuali standard con l'importatore dei Dati.

Per quanto tempo tratteremo i Dati?

I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale in essere e successivamente conservati, per ragioni amministrativo-contabili, nonché per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili.

In dettaglio:

Finalità	Termine di conservazione
F1	I Suoi Dati saranno trattati per l'intera durata della fase precontrattuale. In caso di mancata sottoscrizione, i Dati non saranno conservati.
F2, F3, F4	I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale.
F5	I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale. Alla cessazione del Contratto, la condivisione si interromperà.
F6	I Suoi Dati saranno conservati per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili (amministrativi, fiscali, assicurativi, ecc.), di regola dieci (10) anni.
F7	I Dati saranno conservati per due (2) anni, termini decorrenti dalla cessazione del rapporto contrattuale, ovvero sino alla revoca del consenso, se antecedente; decorsi tali termini, non saranno più utilizzati per le predette finalità.
F8	I Dati saranno conservati per la durata del Contratto ovvero sino alla Sua opposizione.
F9	Per i termini prescrizionali previsti dalla normativa di settore, nonché per la durata dell'eventuale contenzioso.

I Suoi diritti

La normativa sulla privacy (articoli da 15 a 22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai Dati che La riguardano, di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, e la portabilità dei Dati che Lei ci ha fornito, qualora trattati in modo automatizzato sulla base di un Suo consenso o per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (articolo 20).

La normativa sulla privacy Le attribuisce, altresì, il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei Dati, se ne ricorrono i presupposti, e di opporsi al trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.

Ove il trattamento dei Dati sia basato sul Suo consenso, Lei ha il diritto di revocarlo in ogni momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca.

Il Responsabile per la protezione dei dati è a Sua disposizione per chiarimenti sul trattamento dei Suoi Dati e per l'esercizio dei Suoi diritti: può contattarlo all'indirizzo di posta elettronica: privacy@unisalute.it.

Resta fermo il Suo diritto di rivolgersi al Garante Privacy, anche attraverso la presentazione di un reclamo, ove ritenuto necessario, per la tutela dei Suoi Dati e dei Suoi diritti.

²⁹ 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.

³⁰ In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati, entro i limiti di quanto strettamente necessario per le finalità indicate, a società del Gruppo Unipol e a soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP).

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER CONTRATTI DANNI STIPULATI A DISTANZA

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive rispetto a quelle contenute nelle Condizioni di assicurazione, nel DIP e nel DIP aggiuntivo.

Il contratto sarà stipulato tra il Contraente e UniSalute S.p.A. ("UniSalute") direttamente o per il tramite dell'intermediario autorizzato dalla stessa UniSalute (in entrambi i casi definiti "il Distributore") nell'ambito di un sistema di vendita a distanza organizzato dal Distributore che, per tale contratto, impiega una tecnica di comunicazione a distanza (ad esempio sito web, app, call center, contatto telefonico, etc.).

Per "tecnica di comunicazione a distanza" deve intendersi qualunque tecnica di contatto con la clientela che, senza la presenza fisica e simultanea del Distributore e del Contraente, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

Ai sensi dell'art. 73 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 (il "Regolamento 40"), il Contraente, prima della conclusione del contratto di assicurazione, può scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale secondo quanto previsto dall'articolo 120-quater del Decreto legislativo 7 settembre 2009 n. 209 (il "Codice delle Assicurazioni Private"):

- a) su supporto cartaceo;
- b) su supporto durevole non cartaceo;
- c) tramite un sito Internet solo laddove il contraente abbia regolarmente accesso ad Internet, ossia nel caso in cui fornisca un indirizzo di posta elettronica a lui riferibile ai fini della distribuzione del prodotto.

Nei casi b) e c) il Contraente potrà richiedere, senza che ciò comporti alcun onere a suo carico, la ricezione della documentazione su supporto cartaceo e potrà modificare la tecnica di comunicazione prescelta in ogni momento.

Per "supporto durevole" deve intendersi qualsiasi strumento che permetta al Contraente di memorizzare informazioni a lui personalmente dirette, in modo che siano accessibili per la futura consultazione durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate e consenta la riproduzione inalterata delle informazioni memorizzate.

Le diverse fasi e modalità da seguire per la conclusione del contratto tramite internet sono illustrate nel sito internet del Distributore.

Il presente contratto è anche assoggettato agli articoli 67-quater e seguenti del decreto legislativo 6 settembre 2005 n. 206 (il "Codice del Consumo"), secondo quanto previsto dall'art. 121 - comma 1 lettera f) - del Codice delle Assicurazioni Private.

Lingua utilizzata (art. 67-septies, lettera g) Codice del Consumo)

La documentazione precontrattuale e il contratto sono redatti in lingua italiana e tutte le comunicazioni in corso di contratto avverranno in tale lingua. Restano salve le disposizioni vigenti in materia di bilinguismo nelle Regioni a Statuto Speciale.

Pagamento del premio (art. 67-sexies, lettera f) Codice del Consumo)

Il premio assicurativo può essere pagato con le modalità consentite dalla legge e precisate dal Distributore con cui è concluso il contratto a distanza. Il sistema di acquisto via web con carta di credito o con eventuale altra modalità di pagamento elettronico viene effettuato in condizioni di sicurezza.

Si raccomanda in tal senso al Contraente di non indicare i dati della propria carta di credito sulla documentazione o sulle comunicazioni da inviare al Distributore.

Diritto di recesso (artt. 67-septies lettere a) e d); art. 67-duodecies Codice del Consumo)

Entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto, il Contraente ha diritto di recedere a mezzo lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto da inviare a UniSalute e all'intermediario autorizzato, o soltanto a UniSalute in caso di vendita a distanza organizzata direttamente dalla Società senza il tramite di un intermediario.

In alternativa la comunicazione di recesso potrà essere inviata dal Contraente dal proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) alla casella PEC del Distributore e di UniSalute. In tal caso il Contraente dovrà restituire immediatamente a mezzo di lettera raccomandata la polizza.

A seguito del recesso il Contraente ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto entro 30 giorni da quello in cui UniSalute e l'intermediario autorizzato (o la sola UniSalute) hanno ricevuto la comunicazione di recesso, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico.

Il recesso non può essere esercitato se il contratto è vincolato a favore di un terzo, se non con il consenso del terzo stesso.

Ed. 01/07/2022

INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Informativa in tema di disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche (ed. agosto 2024)

In data 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193³¹ (di seguito la “Legge”), che ha introdotto il cosiddetto “**diritto all’oblio oncologico**”.

- ❖ Per **diritto all’oblio oncologico** deve intendersi il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla Legge, compresi **la stipulazione o il rinnovo di contratti** relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e **assicurativi**.
- ❖ La Legge intende riconoscere il diritto all’oblio a coloro che sono stati affetti da patologie oncologiche con l'obiettivo di **prevenire le discriminazioni** e tutelarne i relativi diritti, assicurando la **parità di trattamento** dell'ex paziente oncologico, in attuazione di quanto previsto dalla Costituzione, dalla Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea, del Piano europeo di lotta contro il cancro e della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell’uomo e delle libertà fondamentali.
- ❖ La Legge prevede che, al momento della **stipulazione o successivamente, nonché del rinnovo di contratti** relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e **assicurativi**, non possono essere richieste informazioni – se suscettibili di influenzarne condizioni e termini – relative allo stato di salute della persona fisica (di seguito “soggetto interessato”)³² riguardanti **patologie oncologiche** da cui **sia stata precedentemente affetta e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di:**
 - **dieci anni** se la patologia è insorta dopo il compimento del ventunesimo anno di età;
 - **cinque anni** se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.
- ❖ In data **24 aprile 2024** è entrato in vigore il decreto attuativo del Ministero della Salute³³ contenente la tabella sotto riportata delle patologie oncologiche per le quali i **suddetti termini vengono ridotti**:

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5

³¹ Legge 7 dicembre 2023 n. 193 recante “Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche”.

³² Per “persona fisica” è da intendersi l’Assicurando/Assicurato in qualità di soggetto portatore del rischio assicurato.

³³ Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 recante “Elenco di patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dagli art. 2, comma 1, art. 3, comma 1, lettera a), e art. 4, comma 1, della legge n. 193 del 2023”.

Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55anni - uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

- ❖ Le informazioni di cui sopra non possono essere **acquisite neanche da fonti diverse** dal soggetto interessato e, qualora **già in possesso** dell'Impresa o dell'intermediario, **non possono essere utilizzate** per la determinazione delle condizioni contrattuali.
- ❖ In tutte le fasi di accesso a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi, comprese le trattative precontrattuali e la stipula o il rinnovo dei contratti, le **Imprese** e gli **Intermediari** sono tenute a **fornire informazioni** adeguate circa i diritti di cui sopra.
- ❖ Nei casi sopra indicati, non possono essere applicati **limiti, costi e oneri aggiuntivi o trattamenti diversi** a quelli previsti per la generalità dei contraenti, né imposte **visite mediche di controllo o accertamenti sanitari**.
- ❖ Al fine di evitare che, trascorsi i termini sopra indicati, le informazioni sulle patologie oncologiche già precedentemente fornite dal soggetto interessato possano essere utilizzate ai fini della valutazione del rischio, la Legge riconosce il **diritto alla cancellazione delle informazioni** già acquisite dall'Impresa o dall'Intermediario. A tal fine, il soggetto interessato deve inviare tempestivamente alla banca, all'istituto di credito, all'**impresa di assicurazione** o all'**intermediario** finanziario o **assicurativo**, tramite raccomandata A/R o PEC, la certificazione rilasciata in base alle disposizioni attuative di cui al Decreto 5 luglio 2024 del Ministero della Salute, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 30 luglio 2024, n. 177.

A partire dal 2 gennaio 2024, pertanto, qualora vengano richieste dichiarazioni sullo stato di salute ai fini della conclusione o del rinnovo di contratti assicurativi, il soggetto interessato non è tenuto a fornire alcuna informazione relativa a eventuali patologie oncologiche nelle ipotesi previste dalla normativa e sopra descritte.

