



UNISALUTE INVALIDITÀ

Assicurazione Malattia e Infortuni

Gentile Cliente
alleggiamo i seguenti documenti:

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

Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

Compagnia: UniSalute S.p.A.

Prodotto: **UniSalute Invalidità**

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

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

Che tipo di Assicurazione è?

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



Che cosa è assicurato?

L'Assicurazione opera in caso di Malattia avvenuta durante il Periodo assicurativo e prevede le seguenti coperture:

SEZIONE SPESE SANITARIE

- ✓ Invalidità Permanente da Malattia: corresponsione di un Indennizzo per le conseguenze di Malattie, manifestatesi dopo 90 (novanta) giorni dalla data di effetto della Polizza e comunque non oltre la sua scadenza, che provochino all'Assicurato una Invalidità permanente di grado superiore alla soglia prevista.
- ✓ Visite mediche specialistiche, Accertamenti diagnostici o trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di Ricovero di durata superiore a 10 (dieci) giorni: liquidazione delle spese sostenute per Visite mediche specialistiche, Accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi effettuati presso Strutture sanitarie convenzionate finalizzati alla cura della patologia, manifestata nel Periodo assicurativo, che ha comportato il Ricovero, di durata superiore a 10 (dieci) giorni consecutivi, avvenuto anch'esso durante il Periodo assicurativo.
- ✓ Indennità di convalescenza a seguito di Ricovero di durata superiore a 10 (dieci) giorni: corresponsione di un'indennità giornaliera per un periodo pari a quello di durata del Ricovero di durata superiore a 10 (dieci) giorni consecutivi causato da una Malattia manifestata durante il Periodo assicurativo.
- ✓ Sindrome Metabolica: servizio di verifica preventiva della presenza di "Sindrome Metabolica", attraverso la compilazione di un questionario, sull'esistenza di eventuali fattori di rischio per la salute, soprattutto di natura cardiovascolare, correlati allo stile di vita o a patologie preesistenti ad alto rischio cardiovascolare sottovalutate fino a quel momento. Se emerge l'esistenza di detti fattori di rischio UniSalute propone un programma di attività e dei suggerimenti che possono aiutare l'Assicurato a limitarli.
- ✓ Diagnosi comparativa: servizio di analisi dei responsi ricevuti dai sanitari curanti, che riguardano una diagnosi o un'impostazione terapeutica, da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche, in presenza di una delle patologie indicate in Polizza; identificazione e ricerca di un massimo di tre specialisti con particolare competenza nel trattamento della Malattia; organizzazione degli appuntamenti, del soggiorno e del trasporto.

SEZIONE ASSISTENZA e SERVIZI DI CONSULENZA

- ✓ Assistenza e consulenza: prestazioni di aiuto immediato) nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle seguenti garanzie: Prestazioni di Assistenza In Italia; Invio di un medico; Rientro dal ricovero di primo soccorso; Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione; Trasferimento in centro medico specializzato; Trasmissione messaggi urgenti; Prestazioni di Assistenza di Assistenza a seguito di Ricovero in Istituto di cura a causa di Malattia manifestata durante l'operatività del contratto di durata superiore a 10 (dieci) giorni; Invio Collaboratrice domestica; Invio baby-sitter; Invio badante; Invio psicologo; Invio di un infermiere a domicilio; Prestazioni di Assistenza All'estero; Viaggio di un familiare all'estero; Invio di medicinali urgenti all'estero; Rimpatrio sanitario. Servizio di consulenza: Informazioni sanitarie telefoniche.

UniSalute presta le garanzie fino all'importo massimo stabilito in Polizza e/o



Che cosa non è assicurato?

- ✗ **SEZIONE SPESE SANITARIE**: non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V.;
- ✗ L'Assicurazione può essere stipulata e/o rinnovata a condizione che ciascun Assicurato non abbia compiuto i 65 (sessantacinque) anni di età. Se, durante il Periodo assicurativo, un Assicurato raggiunge il suddetto limite di età, alla scadenza di Polizza successiva al raggiungimento del suddetto il limite di età, quell'Assicurato non potrà rinnovare l'Assicurazione.



Ci sono limiti di copertura?

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

Sono altresì presenti nelle medesime coperture le seguenti esclusioni:

SEZIONE SPESE SANITARIE

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

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

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

SEZIONE ASSISTENZA e CONSULENZA

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

nelle Condizioni di assicurazione (c.d. Massimale/somma assicurata).

Inoltre, UniSalute:

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



Dove vale la copertura?

- ✓ Per la SEZIONE SPESE SANITARIE la copertura vale nel mondo intero.
- ✓ Per la SEZIONE ASSISTENZA E CONSULENZA l'Assicurazione ha validità in Italia o all'Estero a seconda delle prestazioni erogate.



Che obblighi ho?

UniSalute offre l'Assicurazione in base alle circostanze di Rischio dichiarate dal Contraente alla stipula. Si precisa che UniSalute presta le coperture anche sulla base delle dichiarazioni rese e risultanti dal Questionario sanitario che forma parte integrante della Polizza stessa.

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).



Quando e come devo pagare?

Il Premio è pagato dal Contraente in un'unica soluzione al momento di stipulazione della Polizza o, in alternativa, fermo restando che il Premio è indivisibile, UniSalute può concedere il pagamento frazionato in rate mensili.

Il pagamento del Premio in rate mensili deve essere eseguito con le modalità previste per il frazionamento mensile del premio tramite addebito ricorrente. Se l'Assicurazione è stipulata con durata poliennale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha la durata indicata in Polizza. L'Assicurazione ha effetto alle ore 24 del giorno di inizio indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; in caso contrario decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del Premio. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di UniSalute al pagamento dei Premi scaduti. L'Assicurazione termina alla scadenza indicata in Polizza. L'Assicurazione non prevede il tacito rinnovo e, pertanto, cessa automaticamente alla scadenza del periodo prefissato senza obbligo di disdetta.



Come posso disdire la Polizza?

L'Assicurazione è stipulata senza tacito rinnovo e, pertanto, cessa alla scadenza del Periodo Assicurativo, senza obbligo di disdetta. Se l'Assicurazione è stipulata con durata poliennale e se la stessa ha durata superiore a 5 (cinque) anni è possibile esercitare la facoltà di recesso, solo dopo i primi cinque anni di durata contrattuale, con preavviso di (30) trenta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. In tal caso la volontà di recedere va comunicata 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 la durata dell'Assicurazione è uguale o inferiore a 5 (cinque) anni, il Contraente non può recedere in anticipo dall'Assicurazione

Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia

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

UniSalute S.p.A.

Prodotto: UNISALUTE INVALIDITA'

Data 01/06/2025 - 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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

UniSalute S.p.A. (di seguito anche solo "UniSalute"), 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 – PEC: unisalute@pec.unipol.it o indirizzo di posta elettronica ordinaria: info@unisalute.it.

UniSalute 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 Assicurative: 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 2024 il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 307,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 130,6 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 2024, è pari ad € 144,2 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 38,1 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 290,2 milioni e ad € 290,2 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2024, pari a 2,01 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 7,62 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

All'Assicurazione si applica la Legge Italiana. se il Rischio è ubicato in Italia.



Che cosa è assicurato?

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

OPZIONE CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Condizione Specifica

Indennizzo solo per Invalidità Permanente accertata superiore al 60%(sessanta).



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 dall'Assicurazione sono applicate Franchigie contrattualmente indicate e che possono

comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

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

Indennità di convalescenza a seguito di Ricovero di durata superiore a 10 (dieci) giorni: importo giornaliero di 50 (cinquanta) euro per un periodo pari a quello di durata del Ricovero con il massimo di 30 (trenta) trenta giorni per Annualità Assicurativa e per Assicurato.

Visite mediche Specialistiche, Accertamenti diagnostici e Trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di Ricovero di durata superiore a 10 (dieci) giorni: piano di cura che preveda l'effettuazione di Visite mediche specialistiche, Accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi finalizzati alla cura della patologia che ha comportato il Ricovero e alla successiva riabilitazione. Le prestazioni devono essere effettuate solo in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, verranno erogate senza applicazione di Scoperti o di Franchigia. La garanzia opererà per un periodo di 365 (trecentosessantacinque) giorni successivi alla data di dimissione e comunque non oltre la scadenza della Polizza. La garanzia è prestata fino al raggiungimento di 1.500 (millecinquecento) euro per Annualità Assicurativa e per Assicurato.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto è rivolto a:

- Persone fisiche che riportino un'Invalidità permanente grave da Malattia e/o che si sottopongano a Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici in caso di Ricovero per Malattia; e/o a Diagnosi comparativa e prestazioni per accertamento della Sindrome metabolica.

- Persone giuridiche che intendano tutelare soggetti identificati nell'ipotesi in cui riportino un'invalidità permanente grave da Malattia e/o che si sottopongano a Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici in caso di Ricovero per Malattia; e/o a Diagnosi comparativa e prestazioni per accertamento della Sindrome metabolica.

In entrambi i casi è presente l'esigenza principale di protezione contro il rischio Malattia e l'ottenimento di prestazioni di Assistenza.



Quali costi devo sostenere?

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

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. 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 giorni, oppure 60 giorni nel caso il Reclamo riguardi il comportamento dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi Dipendenti e Collaboratori).
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it , anche con il modello ivi disponibile.

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 . (D.Lgs. 28/ 2010). 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 irruale: 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 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 decide in modo vincolante per le parti a maggioranza dei voti. Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.
--	---

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Trattamento fiscale. Le aliquote delle imposte attualmente in vigore sono: 2,5% Infortuni//2,5% Malattia/10% per Assistenza.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO. (PER PAGARE IL PREMIO ASSICURATIVO SUCCESSIVO AL PRIMO, CAMBIARE IL METODO DI PAGAMENTO INIZIALMENTE SCELTO, RICHIEDERE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO E LA MODIFICA DEI PROPRI DATI PERSONALI).



Contratto di Assicurazione sanitaria

UNISALUTE INVALIDITÀ

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01261 / 000 / 00000 / H - Ed. 01/06/2025

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



INDICE

PRESENTAZIONE	5
GLOSSARIO.....	6
SEZIONE 1: NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE.....	10
PERSONE ASSICURATE E CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ.....	10
1. PERSONE ASSICURATE	10
2. PERSONE NON ASSICURABILI.....	10
3. REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ	10
4. DIRITTO ALL'OBLO ONCOLOGICO	10
5. LIMITI DI ETÀ.....	10
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE.....	11
6. DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	11
7. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE	11
8. TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE 	12
9. DIRITTO DI RIPENSAMENTO 	12
QUANDO E COME DEVO PAGARE	13
10. DETERMINAZIONE DEL PREMIO 	13
11. PAGAMENTO DEL PREMIO.....	13
12. FRAZIONAMENTO MENSILE DEL PREMIO TRAMITE ADDEBITO RICORRENTE	13
CHE OBBLIGHI HO	17
13. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO.....	17
14. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO.....	17
15. ALTRE ASSICURAZIONI	17
ALTRE NORME.....	18
16. MODIFICA DELL'ASSICURAZIONE	18
17. FORO COMPETENTE.....	18
18. LEGISLAZIONE APPLICABILE	18
19. REGIME FISCALE.....	18
20. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	18
SEZIONE 2: SPESE SANITARIE	19
COSA ASSICURA	19
21. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	19
21.1 INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	20
22.2 VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E/O RIABILITATIVI A SEGUITO DI RICOVERO DI DURATA SUPERIORE A 10 (DIECI) GIORNI	22
22.3 INDENNITA' DI CONVALESCENZA A SEGUITO DI RICOVERO DI DURATA SUPERIORE A 10 (DIECI) GIORNI	22
22.4 SINDROME METABOLICA	22
22.5 DIAGNOSI COMPARATIVA.....	24
COSA NON ASSICURA	24
23. ESCLUSIONI	24

COME ASSICURA	25
24. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	25
25. ESTENSIONE TERRITORIALE	27
COME PERSONALIZZARE	27
26. CONDIZIONE SPECIFICA (con sconto)	27
26.1 INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA SUPERIORE AL 60%	27
TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITID'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI	28
SEZIONE 3: ASSISTENZA E SERVIZI DI CONSULENZA	30
COSA ASSICURA	30
27 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	30
27.1 INVIO DI UN MEDICO	30
27.2 RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO	31
27.3 VIAGGIO DI UN FAMILIARE IN CASO DI OSPEDALIZZAZIONE	31
27.4 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO	31
27.5 TRASMISSIONE ATTI URGENTI	31
27.6 INVIO COLLABORATRICE DOMESTICA	32
27.7 INVIO BABY SITTER	32
27.8 INVIO BADANTE	32
27.9 INVIO PSICOLOGO	32
27.10 INVIO DI UN INFERMIERE A DOMICILIO	33
27.11 VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO	33
27.12 INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO	33
27.13 RIMPATRIO SANITARIO	33
27.14 INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE	34
27.15 CONSULENZA MEDICA TELEFONICA	34
COSA NON ASSICURA	34
28 ESCLUSIONI	34
COME ASSICURA	35
29 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA	35
30 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI CONSULENZA	35
31 ESTENSIONE TERRITORIALE	35
TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITID'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI	36
SEZIONE 4: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	37
32 DENUNCIA DEL SINISTRO PER LE GARANZIE "SPESE SANITARIE"	37
33 DENUNCIA DEL SINISTRO PER LE GARANZIE "ASSISTENZA"	39
34 PAGAMENTO DEL SINISTRO	40
35 GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA	40
36 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	40
37 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	40
38 INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS	40
41/2018 41	
ALLEGATO A: PARAMETRI DI RIFERIMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	42

ALLEGATO B: MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO	51
INFORMATIVA PRIVACY	53
INFORMATIVA PRIVACY	58
INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER CONTRATTI DANNI STIPULATI A DISTANZA	63
INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLO ONCOLOGICO	65
INFORMATIVA SUL RICORSO ALL'ARBITRO ASSICURATIVO	67

PRESENTAZIONE

UniSalute Invalidità è la Polizza assicurativa per la protezione della Tua salute che Ti copre in caso di Invalidità permanente da Malattia.

Nelle Condizioni di Assicurazione sono presenti:

- Il GLOSSARIO, dove specifichiamo il significato delle parole che, nelle Condizioni di Assicurazione, troverai contraddistinte dalla lettera maiuscola iniziale;
- La SEZIONE 1 – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE, che contiene tutte le norme applicabili all'Assicurazione;
- la SEZIONE 2 - SPESE SANITARIE, che contiene le singole garanzie assicurative;
- la SEZIONE 3 - ASSISTENZA E SERVIZI DI CONSULENZA, che contiene le garanzie di Assistenza e i servizi di consulenza;
- la SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO I SINISTRI, che contiene le norme che si applicano in caso di denuncia e liquidazione dei Sinistri;
- Gli ALLEGATI:
 - ALLEGATO A: PARAMETRI DI RIFERIMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA;
 - ALLEGATO B: MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO;
 - L'INFORMATIVA PRIVACY;
 - L'INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER CONTRATTI DANNI STIPULATI A DISTANZA;
 - L'INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO;
 - L'INFORMATIVA SUL RICORSO ALL'ARBITRO ASSICURATIVO.

Per facilitare la consultazione e la lettura delle Condizioni di Assicurazione, abbiamo inserito appositi box contrassegnati con il simbolo della lente di ingrandimento  che Ti forniscono informazioni aggiuntive, approfondimenti specifici relativi ad aspetti dell'Assicurazione di particolare rilevanza e/o esemplificazioni rispetto a tematiche che potrebbero risultare di difficile comprensione.

Il Set informativo di UniSalute Invalidità è disponibile sul sito www.unisalute.it e Ti verrà comunque inviato tramite posta elettronica o con altre modalità da Te scelta al momento dell'acquisto della Polizza.

Grazie per avere scelto UniSalute!

GLOSSARIO

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti l'Assicurazione e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato; le parole al singolare includono il plurale e viceversa.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale anche cruenta e/o invasiva atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia.

Agente

Ciascun intermediario che agisce in nome o per conto di UniSalute, iscritto 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'Articolo 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.

Banca

Ciascun intermediario che agisce in nome o per conto di una o più Imprese di Assicurazione o di riassicurazione, iscritto 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 che stipula la Polizza.

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 congenite 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 Accertamenti diagnostici e dalla 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.

Ictus

Inteso come emorragia o infarto cerebrale dall'esordio improvviso.

Imprese di assicurazione

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

Indennizzo

La somma dovuta da UniSalute in caso di Sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche 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.

Invalidità permanente da malattia

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile, a seguito di Malattia, della capacità fisica dell'Assicurato, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di Cura

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

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Malattia: qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute che non sia Malformazione o Difetto fisico, e non sia dipendente da Infortunio.

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

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

Massimale

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

Medicinale

Sostanza o associazione di sostanze che può 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.

Nucleo familiare

Le persone risultanti dallo stato di famiglia dell'Assicurato alla data di stipula della Polizza.

PEC

Posta elettronica certificata.

Periodo assicurativo

Periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alle ore 24 della data di scadenza della Polizza stessa.

Periodi di carenza contrattuale

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

Polizza

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

Premio

La somma dovuta dal Contraente a UniSalute.

Questionario sanitario

Documento contenente le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la patria potestà, che costituisce parte integrante della Polizza.

Registro

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

Ricovero

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

Rischio

La probabilità che si verifichi un Sinistro.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione, che comporta un'attività gestionale per UniSalute.

Somma assicurata

L'importo stabilito indicato in Polizza che rappresenta la spesa massima che UniSalute si impegna a prestare nei confronti delle persone assicurate per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Struttura sanitaria convenzionata

Qualsiasi Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico, ambulatorio odontoiatrico con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle relative prestazioni.

Struttura sanitaria non convenzionata

Qualsiasi Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico, ambulatorio odontoiatrico con cui UniSalute NON ha definito un accordo per il pagamento diretto delle relative prestazioni.

Struttura organizzativa

È la struttura di UniSalute, attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno, costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza.

Struttura sanitaria convenzionata.

UniSalute

UniSalute S.p.A., cioè la Compagnia assicuratrice.

SEZIONE 1: NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

PERSONE ASSICURATE E CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

1. PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione è prestata a favore delle persone individuate dal Contraente in Polizza come Assicurati. Il Premio deve essere pagato per ogni Assicurato.

Ciascun Assicurato deve rispettare i requisiti indicati nei seguenti articoli "PERSONE NON ASSICURABILI", "REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ" e "LIMITI DI ETÀ".

2. PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V.

3. REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ

Ciascun Assicurato deve avere domicilio abituale in uno dei seguenti Stati: Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano.

4. DIRITTO ALL'OBLO ONCOLOGICO

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

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

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.

Inoltre, l'ulteriore Decreto del 05 luglio 2024 ha introdotto la disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico.

Sono previsti ulteriori decreti attuativi e provvedimenti che completeranno il quadro normativo in materia.

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.

5. LIMITI DI ETÀ

L'Assicurazione può essere stipulata e/o rinnovata a condizione che ciascun Assicurato non abbia compiuto i 65 (sessantacinque) anni di età. Se, durante il Periodo assicurativo, un Assicurato raggiunge il suddetto limite di età, alla scadenza di Polizza successiva al raggiungimento del suddetto il limite di età, quell'Assicurato non potrà rinnovare l'Assicurazione.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

6. DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è stipulata per il Periodo assicurativo indicato nella Polizza, con effetto dalle ore 24 del giorno di inizio, se il Premio o la prima rata di Premio è stata pagata.

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

Se il Contraente non paga una o più rate del Premio successive alla prima, UniSalute, ai sensi dell'articolo 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.

Se la Polizza ha durata poliennale il Premio indicato in Polizza è comprensivo di una riduzione rispetto al Premio che sarebbe previsto per la stessa copertura da un'assicurazione di durata annuale.

Se l'Assicurazione ha una durata superiore ai 5 (cinque) anni, **il Contraente può esercitare la facoltà di recesso solo dopo i primi 5 (cinque) anni di durata contrattuale**, ai sensi dell'articolo 1899, 1° comma del Codice Civile, con preavviso di 30 (trenta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

In tal caso la volontà di recedere va comunicata 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 la durata dell'Assicurazione è uguale o inferiore a 5 (cinque) anni, **il Contraente non può recedere in anticipo dall'Assicurazione**.

7. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del 90° (novantesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le Malattie manifestatesi dopo la stipula dell'Assicurazione.

Se la presente Polizza è stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza emessa da UniSalute o da Società appartenente al Gruppo Assicurativo Unipol riguardante gli stessi Assicurati e identica garanzia, il Periodo di carenza di cui sopra opera:

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

In caso di pagamento del Premio dopo i 90 (novanta) giorni successivi alla scadenza annuale della Polizza, decorre nuovamente il Periodo di carenza previsto.

8. TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE ¹

L'Assicurazione è stipulata senza tacito rinnovo, pertanto, allo scadere del Periodo assicurativo indicato in Polizza, l'Assicurazione cessa.

9. DIRITTO DI RIPENSAMENTO²

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 utilizzando un sistema di vendita a distanza organizzato 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.

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

Il prodotto UniSalute Spese Mediche Sanicard prevede che la copertura assicurativa sia "senza tacito rinnovo" pertanto cesserà di avere efficacia alla scadenza indicata in Polizza senza bisogno di alcuna comunicazione tra le parti; ciò significa però che il Cliente dovrà prestare molta attenzione al fatto che alla scadenza si troverà privo di copertura.

² Il Contraente può sempre esercitare il diritto di ripensamento?

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.

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

10. DETERMINAZIONE DEL PREMIO⁴

Il Premio, comprensivo degli oneri fiscali, viene determinato in base all'età di ciascun Assicurato al momento della sottoscrizione della Polizza.

In occasione degli eventuali successivi rinnovi, **il Premio viene adeguato applicando, rispetto ad ogni singolo Assicurato, l'eventuale incremento determinato dal passaggio dell'Assicurato stesso alla successiva fascia di età, come indicato nella seguente tabella:**

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

L'adeguamento del Premio si applica a decorrere dalla scadenza di Polizza immediatamente successiva al compimento degli anni del relativo Assicurato.

11. PAGAMENTO DEL PREMIO

Premesso che il Premio è indivisibile, il Contraente può pagare il Premio complessivo per tutti i Moduli acquistati scegliendo una tra le seguenti modalità:

- in un'unica soluzione;
- in rate mensili

La modalità di pagamento deve essere scelta dal Contraente nella fase di sottoscrizione della Polizza.

Il pagamento del Premio in un'unica soluzione deve essere eseguito nel momento della stipula della Polizza.

Il pagamento del Premio frazionato in rate mensili deve essere eseguito con le modalità previste dal successivo articolo "FRAZIONAMENTO MENSILE DEL PREMIO TRAMITE ADDEBITO RICORRENTE".

12. FRAZIONAMENTO MENSILE DEL PREMIO TRAMITE ADDEBITO RICORRENTE

⁴ **Cos'è il Premio?**

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

UniSalute si riserva di concedere (e, una volta concessa, di revocare) al Contraente che ne faccia richiesta, la possibilità di frazionare il pagamento del Premio in rate mensili, senza oneri di frazionamento.

In relazione al frazionamento mensile del Premio UniSalute e il Contraente convengono quanto di seguito specificato.

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

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

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

L'autorizzazione all'addebito ricorrente è valida dal momento in cui il Contraente conferma tale richiesta. L'addebito finisce o automaticamente, quando termina l'Assicurazione, oppure se UniSalute comunica la revoca del frazionamento mensile.

A.2 Obblighi del Contraente

Alla stipula, il Contraente deve:

- (i) Aderire alla funzionalità denominata "Aggregatore dei metodi di pagamento" gestito da Unipol Assicurazioni per conto di UniSalute;
- (ii) se persona fisica, aderire al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) o attivare il profilo di Area Riservata, messa a disposizione del Contraente dalla UniSalute sul proprio sito e mediante APP, fornendo il proprio indirizzo e-mail e numero di cellulare;

se persona giuridica, comunicare indirizzo PEC della persona giuridica, nonché identificare un soggetto persona fisica, autorizzato dalla persona giuridica, che aderisca al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) o attivi il profilo di Area Riservata fornendo indirizzo e-mail e numero di cellulare di tale soggetto;

- (iii) comunicare un metodo di pagamento ricorrente tra quelli previsti al precedente articolo A.1;
- (iv) provvedere subito al pagamento anticipato della prima rata con una delle modalità consentite dalla UniSalute;
- (v) obbligarsi a pagare il Premio residuo in rate mensili, con il metodo di pagamento di cui al punto (ii).

Durante la validità dell'Assicurazione, il Contraente deve comunicare tempestivamente a UniSalute eventuali variazioni degli strumenti di addebito ricorrente, nonché eventuali revoche del servizio di addebito. Il Contraente può inoltre modificare lo strumento di pagamento per l'addebito ricorrente recandosi dall'Intermediario tramite l'Area Riservata.

B. Procedura di addebito ricorrente

B.1 Ordini di addebito

La richiesta di pagamento del Premio tramite addebito ricorrente autorizza UniSalute a inviare all'Istituto di Credito e/o all'Istituto di Moneta Elettronica del cliente gli ordini di addebito della rata mensile del Premio nelle seguenti tempistiche:

- per addebiti tramite SEPA Direct Debit - nei 5 (cinque) giorni lavorativi prima della scadenza della rata, o 6 (sei) giorni lavorativi prima nel caso in cui la data di scadenza della rata mensile coincida con il sabato, la domenica o un giorno festivo;
- per addebiti tramite Carta di Credito/Debito - 1 giorno lavorativo prima della scadenza della rata.

In seguito all'avvenuto addebito, la UniSalute comunica al Contraente la copertura delle garanzie previste nella Polizza e fornisce in Area Riservata e APP la quietanza per la quale è stato pagato il Premio.

La Polizza costituisce l'assolvimento dell'obbligo di prenotifica degli addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.) della Società verso il Contraente.

B.2 Mancato addebito

In caso di mancato addebito, UniSalute comunica al Contraente l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura per le garanzie previste in Polizza a partire dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della rata non pagata e non procede all'addebito di eventuali altre rate successive. A questo punto il Contraente deve comunicare:

- se il metodo di pagamento è ancora valido - in questo caso UniSalute effettua ulteriori tentativi di addebito della rata non pagata, comunicando sempre al Contraente il loro esito;
- se il metodo non è più valido - in tal caso il Contraente deve indicare un nuovo metodo tra quelli previsti al precedente punto A.1, che opera a partire dal tentativo di addebito successivo a quello non andato a buon fine. Se non lo fornisce, la concessione del frazionamento mensile sarà revocata e il Contraente dovrà pagare tutte le rate di Premio restanti in un'unica soluzione con una diversa modalità di pagamento.

Se tutti i tentativi di addebito della rata di Premio dovuta sono negativi, il Contraente deve pagare quest'ultima rata tramite Area Riservata o APP o concordando con l'Intermediario una diversa modalità di pagamento.

Trascorsi 45 (quarantacinque) giorni dal mancato pagamento di una rata di Premio senza che il Contraente abbia regolarizzato la posizione, UniSalute comunica la revoca del frazionamento mensile, e il Contraente deve pagare tutte le rate di Premio restanti in un'unica soluzione tramite Area Riservata o APP o concordando con l'Intermediario una diversa modalità di pagamento.

B.3 Rimborso degli addebiti SEPA Direct Debit Scheme Rulebook

Se il metodo di pagamento è SEPA Direct Debit e il titolare si avvale del diritto al rimborso degli addebiti previsto dal SEPA Direct Debit Scheme Rulebook, il Contraente deve pagare le rate rimborsate e indicare un nuovo metodo di pagamento se quello in uso non è più valido.

C. Rinnovo dell'Assicurazione

Se l'Assicurazione è stipulata senza tacito rinnovo, il Contraente che intende rinnovarla e consentire la prosecuzione dell'addebito ricorrente senza interruzioni deve accettare le condizioni di rinnovo:

- almeno 8 (otto) giorni lavorativi antecedenti la scadenza in caso di pagamento ricorrente tramite SEPA Direct Debit;
- almeno 2 (due) giorni lavorativi prima della scadenza in caso di pagamento tramite Carta di Credito o Carta di Debito.

Il rinnovo con questa modalità di pagamento sarà possibile a patto che UniSalute mantenga la disponibilità al frazionamento mensile con addebito ricorrente.

Se l'accettazione delle condizioni di rinnovo avviene dopo tali termini, il Contraente deve pagare la prima rata concordando con l'Intermediario una diversa modalità di pagamento, mentre l'addebito ricorrente riprenderà per le rate successive.

Qualora in capo al Contraente risultino una o più rate mensili non pagate, il frazionamento mensile non potrà essere rinnovato fino a che il Contraente non abbia provveduto a corrispondere tutte le rate non pagate.

Se l'Assicurazione è stipulata con tacito rinnovo:

- il Contraente deve pagare l'eventuale importo delle rate arretrate, prima del pagamento del Premio di rinnovo;
- se interviene una modifica del Premio, il Contraente che vuole rifiutare il rinnovo alle nuove condizioni di Premio comunicate da UniSalute almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, come previsto dall'articolo "Tacito rinnovo dell'Assicurazione", deve richiedere all'Intermediario l'interruzione dell'addebito automatico entro la scadenza. In questo caso, se non viene riattivato l'addebito automatico o pagata la rata di rinnovo, il contratto deve intendersi cessato per disdetta alla scadenza e UniSalute rinuncia ad agire per la riscossione del nuovo Premio proposto;
- UniSalute revoca la concessione del frazionamento mensile se al momento del rinnovo non vengono rispettati dal Contraente i requisiti indicati al precedente punto A.2. In questo caso il Contraente deve pagare il Premio di rinnovo in un'unica soluzione, concordando con UniSalute una diversa modalità di pagamento.

D. Revoca del frazionamento mensile

Durante la validità del Contratto UniSalute revoca la concessione del frazionamento mensile in questi casi:

- cessione dell'Assicurazione, in presenza di consenso di UniSalute;
- se vengono meno i requisiti previsti al precedente articolo A.2 o si verifichi uno dei casi di mancato addebito di cui al precedente articolo B.2 che abbiano come conseguenza la revoca del frazionamento mensile;
- se il Contraente richiede che le comunicazioni contrattuali avvengano su supporto cartaceo, a differenza di quanto previsto dal precedente articolo A.3.

Se UniSalute revoca il frazionamento mensile, il Contraente dovrà pagare le rate del Premio annuo restanti in un'unica soluzione, concordando con UniSalute una diversa modalità di pagamento.

CHE OBBLIGHI HO

13. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

UniSalute offre l'Assicurazione in base alle circostanze di Rischio dichiarate dal Contraente alla stipula.

Le garanzie previste operano sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato (o dal legale rappresentante) nel Questionario sanitario che forma parte integrante della Polizza.

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).**

L'Assicurazione viene stipulata sul presupposto che ogni Assicurato abbia domicilio abituale in Italia, nella Repubblica di San Marino, o nella Città del Vaticano, come previsto dall'articolo "REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ".

Ciascun Assicurato, quindi, è tenuto a comunicare tempestivamente a UniSalute qualsiasi modifica del proprio domicilio abituale in uno Stato diverso da quelli indicati nel presente articolo. Ricevuta la comunicazione dall'Assicurato:

- nel caso in cui il nuovo domicilio abituale sia ubicato in uno Stato nel quale UniSalute non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libera prestazione di servizi, il contratto cessa dalle ore 24 del giorno antecedente la data del trasferimento;
- negli altri casi UniSalute valuta, anche alla luce di quanto previsto nel successivo articolo "AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO", se e a quali condizioni proseguire l'Assicurazione.

14. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta a UniSalute dei cambiamenti che aggravano il 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 delle disposizioni dell'articolo 1898 del Codice Civile.

Nel caso di diminuzione del Rischio, UniSalute è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, come previsto dall'articolo 1897 del Codice Civile.

15. ALTRE ASSICURAZIONI

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

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

In caso di Sinistro, il Contraente, o l'Assicurato, deve avvisare tutti gli assicuratori per iscritto e indicare a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'articolo 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

16. MODIFICA DELL'ASSICURAZIONE

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

17. FORO COMPETENTE

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

18. LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata all'Assicurazione è quella italiana (quando il rischio è ubicato in Italia).

19. REGIME FISCALE

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

L'Imposta sulle Assicurazioni applicata al Premio è pari al:

- 2,5% per il Premio riferito alle garanzie relative ai Rischi Malattia e Infortunio;
- 10%, per il Premio riferito alle garanzie relative al Rischio Assistenza.

20. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SEZIONE 2: SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia)

COSA ASSICURA

21. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- Invalidità Permanente da Malattia;
- Visite mediche specialistiche, Accertamenti diagnostici o trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di Ricovero di **durata superiore a 10 (dieci) giorni**;
- Indennità di convalescenza a seguito di Ricovero **di durata superiore a 10 (dieci) giorni**;
- Sindrome Metabolica;
- Diagnosi Comparativa.

21.1 INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

UniSalute corrisponde **entro la Somma assicurata indicata in Polizza**, l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive causate dalla singola Malattia che ha come conseguenza una Invalidità Permanente, accertata secondo le percentuali indicate all'allegato A "Parametri di riferimento per la valutazione della Invalidità Permanente da Malattia" e i criteri indicati dall'articolo "Modalità di erogazione delle prestazioni", nonché da quanto previsto di seguito.

La garanzia è prestata per la **Malattia manifestatasi dopo 90 (novanta) giorni dalla data di effetto dell'Assicurazione e comunque non oltre la sua scadenza**.

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

L'Invalidità Permanente viene accertata da UniSalute dopo che la stessa si è stabilizzata in un periodo compreso fra i 180 (centottanta) e 540 (cinquecentoquaranta) giorni dalla data di denuncia della Malattia.

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

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

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

UniSalute liquida un Indennizzo secondo lo schema seguente – TABELLA 1 - calcolato sulla Somma assicurata indicata in Polizza, fermo restando che **nessun Indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 25%**.

TABELLA 1

Gradi di invalidità permanente accertati	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Gradi di invalidità permanente accertati	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
Fino al 25%	0%	51%	52%
26%	2%	52%	54%
27%	4%	53%	56%
28%	6%	54%	58%
29%	8%	55%	60%

30%	10%	56%	62%
31%	12%	57%	64%
32%	14%	58%	66%
33%	16%	59%	68%
34%	18%	60%	70%
35%	20%	61%	72%
36%	22%	62%	74%
37%	24%	63%	76%
38%	26%	64%	78%
39%	28%	65%	80%
40%	30%	66%	82%
41%	32%	67%	84%
42%	34%	68%	86%
43%	36%	69%	88%
44%	38%	70%	90%
45%	40%	71%	92%
46%	42%	72%	94%
47%	44%	73%	96%
48%	46%	74%	98%
49%	48%	75% ed oltre	100%
50%	50%		

Nel caso in cui, a giudizio del consulente medico di UniSalute e del medico dell'Assicurato, un adeguato trattamento terapeutico può modificare positivamente il decorso della Malattia denunciata e l'Assicurato non intende sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di Invalidità Permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo al maggior pregiudizio. In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dalla Malattia denunciata prima dell'accertamento medico-legale disposto da UniSalute, l'indennizzo per Invalidità Permanente potrà essere comunque liquidato in favore degli eredi se questi forniscono ad UniSalute la documentazione che attesta la stabilizzazione dei postumi

permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di Ricovero.

22.2 VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E/O RIABILITATIVI A SEGUITO DI RICOVERO DI DURATA SUPERIORE A 10 (DIECI) GIORNI⁵

UniSalute, a seguito di Ricovero di durata superiore a 10 (dieci) giorni avvenuto durante il Periodo assicurativo e causato da una Malattia manifestatasi durante il medesimo Periodo assicurativo, di comune accordo con l'Assicurato, provvede alla stesura di un piano di cura che preveda l'effettuazione di Visite mediche specialistiche, Accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi finalizzati alla cura della patologia che ha comportato il Ricovero e alla successiva riabilitazione.

La garanzia opererà per un periodo di 365 (trecentosessantacinque) giorni successivi alla data di dimissione e **comunque non oltre la scadenza della Polizza.**

La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di 1.500 (millecinquecento) euro per Annualità Assicurativa e per persona.**

22.3 INDENNITÀ DI CONVALESCENZA A SEGUITO DI RICOVERO DI DURATA SUPERIORE A 10 (DIECI) GIORNI⁶⁷

UniSalute, a seguito di Ricovero di durata superiore a 10 (dieci) giorni avvenuto il Periodo assicurativo e causato da una Malattia manifestatasi durante l'operatività della stessa, corrisponderà all'Assicurato un'indennità giornaliera di 50 (cinquanta) euro per un periodo pari a quello di durata del Ricovero **con il massimo di 30 (trenta) giorni per Anno e per Assicurato.**

22.4 SINDROME METABOLICA

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

⁵ Per poter usufruire della garanzia Visite mediche specialistiche, Accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di Ricovero di durata superiore a dieci giorni le prestazioni devono essere eseguite obbligatoriamente presso un Istituto di Cura convenzionato con UniSalute?

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

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

⁶ Per poter usufruire dell'Indennità di convalescenza a seguito di Ricovero di durata superiore a dieci giorni il mio Ricovero deve avvenire obbligatoriamente presso una Struttura Sanitaria convenzionata con UniSalute?

No, l'indennità viene corrisposta sia che il Ricovero sia avvenuto presso Strutture sanitarie convenzionate che presso Strutture sanitarie non convenzionate.

Sindrome Metabolica “non conclamata”

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

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

Sindrome Metabolica “conclamata”

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

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

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

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

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

22.5 DIAGNOSI COMPARATIVA⁸

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 UniSalute.

Per l'attivazione della garanzia l'Assicurato deve 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

COSA NON ASSICURA

23. ESCLUSIONI

L'Assicurazione non opera per:

- a) Malattie, Malformazioni e stati patologici manifestatisi prima della stipula dell'Assicurazione, non dichiarati dall'Assicurato alla Società;
- b) Malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- c) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché ad uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- d) positività H.I.V. ed AIDS e sindrome ad esse correlate;
- e) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;

⁸ Posso usare il servizio di Second Opinion quando ritengo di averne bisogno?

Si, puoi farlo ma soltanto relativamente alle patologie espressamente elencate.

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

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

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

COME ASSICURA

24. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

UniSalute garantisce le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

Garanzia "Invalidità permanente da Malattia"

UniSalute corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive causate dalla singola Malattia denunciata. Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, **oltre a quanto disposto dall'Art. "Esclusioni"**, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

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

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

Se invece la precedente Malattia ha determinato una invalidità non indennizzata perché l'invalidità da essa residuata è stata ritenuta inferiore alla franchigia, nel caso gli esiti della nuova Malattia concorrono con quelli precedentemente

accertati, la valutazione andrà effettuata considerando anche il maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Garanzia “Visite specialistiche, Accertamenti diagnostici e/o Trattamenti fisioterapici”

L’Assicurato per l’effettuazione delle prestazioni indicate nel piano di cura deve avvalersi delle Strutture sanitarie convenzionate⁹, diversamente la presente garanzia non potrà essere attivata.

Le spese sostenute vengono liquidate direttamente ed integralmente da UniSalute alla Struttura sanitaria convenzionata, senza applicazione di scoperti o di franchigie a carico dell’Assicurato.

Garanzia “Indennità di convalescenza”

La presente garanzia ha natura indennitaria e UniSalute corrisponde all’Assicurato gli importi previsti e nei limiti e nei massimali stabiliti.

Garanzia “Sindrome metabolica”

L’Assicurato deve pertanto rivolgersi a una delle Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, previa prenotazione presso la Centrale Operativa.

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

UniSalute, a seguito della valutazione dei dati contenuti nel questionario, provvede:

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

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

⁹ Come faccio a sapere quali sono i Centri Sanitari Convenzionati?

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

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

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

25. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

COME PERSONALIZZARE

26. CONDIZIONE SPECIFICA (con sconto)

Il Contraente può scegliere di acquistare la Condizione Specifica di seguito proposta operante solo se indicata in Polizza e comporta una riduzione di Premio.

26.1 INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA SUPERIORE AL 60%

In deroga alla "Tabella 1" riportata nell'Art. "INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA", UniSalute liquida l'Indennizzo per Invalidità Permanente da Malattia secondo le condizioni della seguente "Tabella 2", **fermo restando che nessun Indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 60%.**

TABELLA 2

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

Nel caso in cui, a giudizio del consulente medico di UniSalute e del medico dell'Assicurato, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente il decorso della Malattia denunciata e l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di Invalidità Permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottponesse a detto trattamento, senza riguardo al maggior pregiudizio. In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dalla Malattia denunciata prima dell'accertamento medico-legale disposto da UniSalute, l'Indennizzo per Invalidità Permanente potrà essere comunque liquidato in favore degli eredi qualora questi forniscano a UniSalute documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi

permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di Ricovero.

TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI/INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

Garanzia Base Prestazioni erogate in Italia	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi	Fino 1.500 (millecinquecento) euro per annualità assicurativa	Se Ricovero supera 10 giorni
Indennità da convalescenza	50 (cinquanta) euro al giorno massimo 30 giorni per annualità assicurativa	Se Ricovero supera 10 giorni

SEZIONE 3: ASSISTENZA E SERVIZI DI CONSULENZA

COSA ASSICURA

27 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE¹⁰

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, per prestazioni di immediato aiuto nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle seguenti garanzie¹¹:

Prestazioni di Assistenza In Italia

- Invio di un medico
- Rientro dal ricovero di primo soccorso
- Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione
- Trasferimento in centro medico specializzato
- Trasmissione messaggi urgenti

Prestazioni di Assistenza di Assistenza a seguito di Ricovero in Istituto di cura a causa di Malattia manifestatasi durante l'operatività del contratto di durata superiore a 10 (dieci) giorni:

- Invio Collaboratrice domestica
- Invio baby- sitter
- Invio badante
- Invio psicologo
- Invio di un infermiere a domicilio

Prestazioni di Assistenza All'estero

- Viaggio di un familiare all'estero
- Invio di medicinali urgenti all'estero
- Rimpatrio sanitario

Servizio di consulenza:

- Informazioni sanitarie telefoniche

27.1 INVIO DI UN MEDICO

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

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

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

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

27.2 RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO

Nel caso in cui in conseguenza di Infortunio o di Malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa **nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 (cinquecento) chilometri.**

27.3 VIAGGIO DI UN FAMILIARE IN CASO DI OSPEDALIZZAZIONE

In caso di Ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 10 (dieci) giorni, la Centrale Operativa prenderà in carico un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, per permettere ad un familiare convivente di raggiungere l'Assicurato ricoverato. Tale prestazione sarà fornita unicamente se non è già presente in loco un altro familiare.

27.4 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO

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

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa. **La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.**

27.5 TRASMISSIONE ATTI URGENTI

Nel caso in cui l'Assicurato, in seguito ad Infortunio o Malattia improvvisa, abbia necessità di comunicare con un proprio familiare in Italia e sia impossibilitato a farlo, la Centrale Operativa effettua 6 (sei) telefonate nell'arco delle 24 ore successive per comunicare il messaggio alla persona da lui indicata. Analogamente, il servizio può essere utilizzato per trasmettere messaggi indirizzati all'Assicurato.

27.6 INVIO COLLABORATRICE DOMESTICA

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

Per l'attivazione della garanzia, **l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno tre (3) giorni prima** della data in cui l'Assicurato intende avvalersi della stessa.

27.7 INVIO BABY SITTER

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

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

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

27.8 INVIO BADANTE

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

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

27.9 INVIO PSICOLOGO

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

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

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

27.10 INVIO DI UN INFERMIERE A DOMICILIO

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

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

27.11 VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO

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

27.12 INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO

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

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

27.13 RIMPATRIO SANITARIO

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

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

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

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

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

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

27.14 INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE

La Centrale Operativa attua un servizio d'informazione sanitaria, in merito a:

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

27.15 CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

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

COSA NON ASSICURA

28 ESCLUSIONI

La Centrale Operativa non fornisce:

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

Inoltre, UniSalute:

- non si assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo ritardato o mancato intervento dovuto a caso fortuito, causa di forza maggiore o a inesatte o incomplete informazioni fornite dall'Assicurato;
- non riconosce rimborsi né importi compensativi relativi a coperture delle quali l'Assicurato non ha usufruito per sua scelta o perché non ne ha avuto la necessità;
- non riconosce rimborsi, né indennizzi compensativi, per prestazioni organizzate da altre compagnie di assicurazione o da altri enti o che non siano state richieste, in fase di erogazione dell'assistenza, alla Centrale Operativa e da queste organizzate;

- non risponde dei fatti dolosi o colposi di professionisti dalla stessa incaricati di erogare le consulenze telefoniche ed è estranea ad ogni eventuale controversia che insorgesse tra l'Assicurato e tale professionista.

COME ASSICURA

29 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

UniSalute eroga le prestazioni di Assistenza sopra esposte attraverso la propria rete di Strutture sanitarie convenzionate.

L'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009945** attivo 24 ore su 24, dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 051-6389046.

Le **prestazioni di Assistenza erogate all'Estero**, sono fornite dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero +39 051-4161781.

30 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI CONSULENZA

I servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009945** dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 051-6389046.

31 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione ha validità territoriale, a seconda delle Prestazioni erogate, come indicato all'Art. "Oggetto dell'Assicurazione".

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

Garanzia Base Prestazioni erogate in Italia	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Rientro dal Ricovero di primo soccorso	Spese per invio di ambulanza	Per massimo km 500 (cinquecento)
Viaggio di un familiare per ospedalizzazione	Biglietto aereo (classe economica) o biglietto ferroviario (1° classe) andata e ritorno per 1 componente della famiglia	Se Ricovero supera 10 (dieci) giorni
Trasferimento in centro medico specializzato	Fino al costo del trasferimento con uno dei mezzi di trasporto consentiti	-
Invio collaboratrice domestica	fino ad un massimo di 6 (sei) ore la settimana per un massimo di 4 (quattro) settimane	Se Ricovero supera 10 (dieci) giorni
Invio babysitter	fino ad un massimo di 6 (sei) ore la settimana per un massimo di 4 (quattro) settimane	Se Ricovero supera 10 (dieci) giorni e se il minore ha meno di 15 (quindici) anni
Invio badante	fino ad un massimo di 6 (sei) ore la settimana per un massimo di 4 (quattro) settimane	Se Ricovero supera 10 (dieci) giorni
Invio Psicologo	dalla data di dimissione dal ricovero massimo 3 (tre) mesi	Se Ricovero supera 10 (dieci) giorni
Invio di un infermiere a domicilio	fino ad un massimo di 1 ora al giorno per 14 (quattordici) giorni	Se Ricovero supera 10 (dieci) giorni
Garanzia base Prestazioni erogate all'estero	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Viaggio di un familiare all'estero	Biglietto aereo (classe economica) o biglietto ferroviario (1° classe) andata e ritorno per 1 componente della famiglia	Se Ricovero supera 10 (dieci) giorni
Invio medicinali urgenti all'estero	-	Se medicinali non reperibili sul posto

Rimpatrio sanitario	Fino al costo del trasferimento con uno dei mezzi di trasporto consentiti Trasferimento sanitario nei Paesi extra-europei solo aerei di linea, classe economica	-
---------------------	--	---

SEZIONE 4: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

32 DENUNCIA DEL SINISTRO PER LE GARANZIE "SPESE SANITARIE"

Garanzia "Invalidità permanente da Malattia"

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

La denuncia deve essere fatta per iscritto a UniSalute o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la Polizza, entro 30 (trenta) giorni dal Sinistro o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità o conoscenza.

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

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

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

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

Qualora, in occasione del Sinistro, emergessero elementi sullo stato di salute dell'Assicurato rilevanti secondo quanto previsto dall'Articolo "Modalità di erogazione delle prestazioni", la UniSalute ha la facoltà di richiedere la documentazione sanitaria ad essi pertinente.

Garanzia "Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici e Trattamenti Fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di Ricovero superiore a 10 (dieci) giorni"

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

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

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

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

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

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

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

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

Garanzia “Indennità di convalescenza a seguito di Ricovero di durata superiore a 10 (dieci) giorni”

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

Garanzia “Sindrome metabolica”

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

Garanzia “Second opinion”

Qualora l'Assicurato avverta l'esigenza di sottoporre i responsi ricevuti dai propri medici curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, all'autorevole verifica da parte dei migliori esperti delle

diverse discipline specialistiche, **dovrà contattare direttamente la Centrale Operativa di UniSalute attraverso il numero verde 800-009945**. In tal modo l'Assicurato verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà inviare alla Compagnia la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata da UniSalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

33 DENUNCIA DEL SINISTRO PER LE GARANZIE “ASSISTENZA”

In caso di Sinistro l'Assicurato **deve**:

- **presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla liquidazione delle prestazioni** (generalità, estremi identificativi del contratto, ecc.).
- **contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-212477 attivo 24 ore su 24**. Gli operatori della Centrale Operativa e della Struttura Organizzativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano di copertura. Dall'Estero contattare il numero +39 051-4161781

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

Se UniSalute non può erogare direttamente la prestazione di Assistenza prevista, la stessa rimborsa, quando previsto dalla garanzia, le spese sostenute dall'Assicurato per procurarsi autonomamente la prestazione precedentemente richiesta alla Struttura Organizzativa, **entro i limiti e i Massimali previsti dal contratto**. **In tal caso l'Assicurato deve produrre i documenti fiscali in copia a dimostrazione che ha effettivamente sostenuto la spesa**.

UniSalute rimborsa esclusivamente le spese che l'Assicurato ha sostenuto solo se:

- le spese sono state autorizzate dalla Struttura Organizzativa;
- lo stesso non ha potuto richiedere immediatamente la prestazione per cause di forza maggiore;
- le procedure da seguire per la sua attivazione impediscono ad UniSalute di pagare direttamente al fornitore incaricato.

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

Per chiedere il rimborso delle spese, la suddetta documentazione può essere inviata alternativamente tramite:

- Servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), all'indirizzo “**UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga, 8 – 40138 Bologna**”;

L'Assicurato deve fornire la documentazione richiesta e riportata nelle singole garanzie.

Per la corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Unisalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della documentazione.

Il pagamento all'Assicurato avviene a cura ultimata e dopo la consegna a UniSalute della documentazione richiesta. In ogni caso l'Indennizzo è pagato in euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

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

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

34 PAGAMENTO DEL SINISTRO

Relativamente ai Sinistri per cui è prevista la modalità rimborsuale, UniSalute provvede al pagamento del Sinistro entro 30 (trenta) 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", dietro presentazione della documentazione richiesta e salvo che non ricorra una delle esclusioni contrattualmente previste.

35 GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA

UniSalute conserva e allega ai fascicoli dei 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.

36 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'articolo 2952 Codice civile, il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente Polizza è di 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

37 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le eventuali controversie riguardo l'interpretazione, l'applicazione e l'esecuzione dell'Assicurazione, possono essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da 3 (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. Le spese del terzo Arbitro vengono remunerate dalla Parte soccombente.

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

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

38 INFORMATIVA “HOME INSURANCE” - INDICAZIONI PER L’ACCESSO ALL’AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018

Ai sensi del 2. comma dell’articolo 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 A: PARAMETRI DI RIFERIMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

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

SISTEMA NERVOSO CENTRALE

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

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

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none">• il soggetto comprende l'eloquio, ma non può produrre un linguaggio appropriato;• il soggetto presenta alterazioni delle funzioni cerebrali integrate complesse tanto da necessitare di un controllo o supervisione per incombenze particolari;• disordini neurologici che comportano una moderata alterazione cronica dello stato di coscienza;• disturbi episodici riferibili a sincopi, crisi epilettiche, convulsioni;	<p>I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none">• il soggetto non può comprendere o produrre un linguaggio comprensibile con impossibilità completa a comunicare;• il soggetto non può prendere cura di sè stesso nella maggior parte delle situazioni giornaliere;• disordini neurologici cronici che comportano uno stato stuporoso persistente;• episodi sincopali e/o epilettic peace/convulsivi frequenti, non controllabili dalla terapia e tali da limitare grandemente le attività della vita di ogni giorno;

<ul style="list-style-type: none">• il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma cammina con difficoltà su superfici pianeggianti;• presenza di attività vescicale e rettaleriflessa, con marcata riduzione del controllo volontario.	<ul style="list-style-type: none">• il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma è assolutamente incapace a deambulare;• alterazione della motilità degli arti inferiori con scomparsa dei riflessi e del controllo degli sfinteri vescicale e rettale e perdita della funzione sessuale.
--	--

APPARATO CARDIO-VASCOLARE

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

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

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none">• soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabile da adeguata terapia;• soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia;	<p>I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none">• soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica;• soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente;

<ul style="list-style-type: none">• oggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50%, di una sola arteria coronarica;• oggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma in presenza di angioplastica o di bypass coronarico;• oggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;• oggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia anti ipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso;• soggetto con persistenti aritmie non correggibile terapeuticamente, ma che riesce comunque a condurre una vita attiva.	<ul style="list-style-type: none">• soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeuticamente, e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia anti ipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva;• soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;• soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.
---	---

APPARATO RESPIRATORIO

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

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

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>I postumi della malattia comportano una alterazione, nella misura prevista, di uno soltanto o di nessuno dei tre parametri spirometrici indicati:</p> <ul style="list-style-type: none">• FVC inferiore al 70% del valore teorico CECA;• FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA;• FVC 1/FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA oppure• PaO2 superiore all'80% del valore teorico.	<p>I postumi della malattia comportano una alterazione, nella misura prevista, di almeno due dei tre parametri spirometrici indicati:</p> <ul style="list-style-type: none">• FVC inferiore al 50% del valore teorico CECA;• FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA;• FVC 1/FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA oppure• PaO2 inferiore al 65% del valore teorico.

APPARATO DIGERENTE

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

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

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

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

APPARATO URINARIO

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

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

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>Clearance creatinina superiore a 50 ml/min. oppure Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min. con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100 mmHg), senza adeguata terapia</p>	<p>Clearance creatinina inferiore a 20 ml/min. oppure Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiori a 115 mmHg), non controllabile da adeguata terapia</p>

oppure sindrome nefrosica parzialmente control-lata dalla terapia, con valore di proteinuria persistente inferiore a 2,5 gr/die.	oppure sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die.
---	--

SISTEMA ENDOCRINO

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

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

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

SISTEMA ENDOCRINO

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

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

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

SISTEMA EMATOPOIETICO E LINFATICO

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

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

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

MALATTIE NEOPLASTICHE

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

- gli esiti obiettati a carico dell'organo o apparato o sistema colpito, dopo le cure mediche e/o chirurgiche;
- la prognosi in riferimento alle ulteriori possibilità terapeutiche ed alle eventuali localizzazioni metastatiche.

A. Se la malattia neoplastica è stata adeguatamente curata con terapia medica e/o chirurgica, ed al momento della valutazione non vi sono segni laboratoristici e/o strumentali di diffusione metastatica, la valutazione dell'invalidità permanente è fatta in riferimento alla condizione menomativa accertabile in quel momento degli organi, apparati o sistemi interessati. Se la malattia neoplastica comporta al momento della valutazione una prognosi a breve termine sfavorevole per la vita, o perché non più suscettibile di trattamento risolutivo o perché è presente una diffusione metastatica, verrà riconosciuta una invalidità superiore al 74% indipendentemente dalle alterazioni funzionali obiettivabili.

ALLEGATO B: MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO

**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

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

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

si 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.

Codice IBAN	_____
-------------	-------

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. Rimborso Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO

INFORMATIVA PRIVACY

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:

- a) dati anagrafici (nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale);
- b) dati di contatto (numero di telefono e indirizzo e-mail);
- c) coordinate bancarie (in particolare, l’IBAN);
- d) categorie particolari di dati¹² (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 soggetti¹³ 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 Contratto¹⁴:** 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 identificareLa 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 servizio¹⁵, 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 Riservata¹⁶;
- **(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

¹² 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.

¹³ 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.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ L’informativa è messa a disposizione dell’interessato anche nella sezione “*privacy*” del sito web di UniSalute (<https://www.unisalute.it>).

l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di Vigilanza¹⁷;

- **(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.

#	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.	<p>Per quanto attiene alla conclusione del Contratto, la base giuridica del trattamento consiste nell'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta del Contraente.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>	Il conferimento dei Dati Personalii è indispensabile al perseguitamento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.
F2	a); b); c); d);	<p>Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>Il conferimento dei Dati Personalii è indispensabile al perseguitamento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.</p> <p>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 interessato¹⁸.</p>

¹⁷ 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.

¹⁸ 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 perseguitamento di altri legittimi interessi di UniSalute (es.: difesa di diritti in sede giudiziaria).

		<p>stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi.</p> <p>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.</p>	
F3	a); b); c); d)	<p>Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente.</p> <p>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.</p>	<p>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 perseguitamento di tale finalità.</p> <p>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.</p>
F4	a); b); d)	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguitamento della finalità indicata.</p> <p>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.</p>
F5	a); b); c); d);	<p>La base giuridica del trattamento consiste nello specifico e facoltativo consenso degli interessati.</p> <p>Potrà esprimere tale consenso al momento della registrazione all'Area Riservata.</p> <p>Le ricordiamo che Le verranno fornite ulteriori informazioni sulla condivisione dei Dati tramite un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
F6	a); b); c);	<p>La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili.</p>	<p>Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguitamento della finalità indicata.</p>
F7	a); b); c); d)	<p>La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute rappresentato dalla necessità di tutelare i propri diritti.</p>	<p>Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguitamento della finalità indicata.</p>

		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).	
--	--	--	--

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 susepine. 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 Dati¹⁹;
- 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 Unipol²⁰;
- 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 adempire 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 riguardano²¹ 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 perseguitamento 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 perseguitamento 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 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.

¹⁹ 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.

²⁰ Per l'elenco completo e aggiornato di tutte le società facenti parte del Gruppo Unipol, si rinvia al sito www.unipol.com.

²¹ 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).

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.

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 dati²² (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 soggetti²³ 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 Contratto²⁴:** 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 identificare 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 servizio²⁵, 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 Riservata²⁶;
- **(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

²² 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.

²³ 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.

²⁴ 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.

²⁵ 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.

²⁶ L'informativa è messa a disposizione dell'interessato anche nella sezione “*privacy*” del sito web di UniSalute (<https://www.unisalute.it>).

l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di Vigilanza²⁷;

- **(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 Unipol²⁸ 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);	<p>Per quanto attiene alla conclusione del Contratto, la base giuridica del trattamento consiste nell'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta del Contraente.</p> <p>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.</p>	Il conferimento dei Dati Personalni è indispensabile al perseguitamento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.
F2	a); b); c); d);	<p>Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>Il conferimento dei Dati Personalni è indispensabile al perseguitamento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.</p> <p>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 interessato²⁹.</p>

²⁷ 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.

²⁸ Per l'elenco completo e aggiornato di tutte le società facenti parte del Gruppo Unipol, si rinvia al sito www.unipol.com.

²⁹ 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 perseguitamento di altri legittimi interessi di UniSalute (es.: difesa di diritti in sede giudiziaria).

		<p>solamente) nell'interesse di questi ultimi.</p> <p>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.</p>	
F3	a); b); c); d)	<p>Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente.</p> <p>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.</p>	<p>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 perseguitamento di tale finalità.</p> <p>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.</p>
F4	a); b); d)	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguitamento della finalità indicata.</p> <p>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.</p>
F5	a); b); c); d);	<p>La base giuridica del trattamento consiste nello specifico e facoltativo consenso degli interessati.</p> <p>Potrà esprimere tale consenso al momento della registrazione all'Area Riservata.</p> <p>Le ricordiamo che Le verranno fornite ulteriori informazioni sulla condivisione dei Dati tramite un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
F6	a); b); c);	<p>La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili.</p>	<p>Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguitamento della finalità indicata.</p>
F7	a); b) – limitatamente ai Dati del solo Contraente.	<p>La base giuridica del trattamento consiste nello specifico e facoltativo consenso del Contraente.</p>	<p>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</p>

			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 unsubscribe 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 perseguitamento 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 susepine. 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 Dati³⁰;
- 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 adempire 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 riguardano³¹ 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 perseguitamento 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 perseguitamento 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.

³⁰ 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.

³¹ 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).

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.

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 precise 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'OBLO 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. 193³² (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”)³³ 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.

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
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

³² 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”.

³³ Per “persona fisica” è da intendersi l’Assicurando/Assicurato in qualità di soggetto portatore del rischio assicurato.

Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5
----------	--	---

- ❖ In data **24 aprile 2024** è entrato in vigore il decreto attuativo del Ministero della Salute³⁴ contenente la tabella sotto riportata delle patologie oncologiche per le quali i **suddetti termini vengono ridotti**:
- ❖ 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.

³⁴ 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".

Informativa sul ricorso all'Arbitro Assicurativo

Il ricorso all'Arbitro Assicurativo (AAS) si inserisce fra le procedure di risoluzione stragiudiziale delle controversie in ambito assicurativo. L'AAS è un organismo indipendente che consente di ottenere una decisione sulla propria controversia in modo semplice, rapido ed economico, senza necessità di assistenza legale obbligatoria.

CHI PUÒ ATTIVARLA

Chi ha o ha avuto un rapporto contrattuale con un'impresa o un intermediario assicurativo avente ad oggetto prestazioni o servizi assicurativi oppure Danneggiati che possono agire direttamente contro l'impresa di assicurazione (ad esempio in caso di RC Auto) oppure chi ha titolo a ricevere prestazioni assicurative, a condizione che sia diverso da chi svolge in via professionale attività assicurativa o di intermediazione nei settori assicurativo, previdenziale, bancario e finanziario se la controversia attiene a questioni inerenti a detta attività. Il ricorso è presentato personalmente o tramite un procuratore o un'associazione di consumatori se il ricorrente vi aderisce.

Sono escluse dalla competenza dell'Arbitro Assicurativo le controversie riguardanti i sinistri gestiti dal fondo di garanzia delle vittime della caccia e della strada, le controversie relative a fattispecie rimesse alla competenza della CONSAP, Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici S.P.A., nonché le fattispecie relative ai grandi rischi di cui all'articolo 1, comma 1, lettera r), del Codice delle Assicurazioni Private¹.

COME SI ATTIVA

Il ricorso è ammesso solo dopo aver presentato un reclamo scritto all'impresa o all'intermediario, che si pronunciano entro 45 giorni (60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento dell'intermediario) o decorso inutilmente tale termine, e comunque entro 12 mesi dalla sua presentazione. Tuttavia, se il reclamo è stato proposto anteriormente alla data di avvio dell'operatività dell'AAS, dichiarata con provvedimento dell'IVASS, il ricorso può essere proposto entro 12 mesi da tale avvio. Il ricorso deve avere il medesimo oggetto del reclamo, salvo la possibilità di richiedere il risarcimento del danno, purché tale danno sia rappresentato

¹ Si intendono per grandi rischi quelli rientranti nei rami danni di seguito indicati:

1) 4 (corpi di veicoli ferroviari), 5 (corpi di veicoli aerei), 6 (corpi di veicoli marittimi, lacustri e fluviali), 7 (merci trasportate), 11 (r.c. aeromobili) e 12 (r.c. veicoli marittimi, lacustri e fluviali) salvo quanto previsto al numero 3);
2) 14 (credito) e 15 (cauzione), qualora l'assicurato eserciti professionalmente un'attività industriale, commerciale o intellettuale e il rischio riguardi questa attività;
3) 3 (corpi di veicoli terrestri, esclusi quelli ferroviari), 8 (incendio ed elementi naturali), 9 (altri danni ai beni), 10 (r.c. autoveicoli terrestri), 12 (r.c. veicoli marittimi, lacustri e fluviali) per quanto riguarda i natanti soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi dell'articolo 123, 13 (r.c. generale) e 16 (perdite pecuniarie), purché l'assicurato superi i limiti di almeno due dei tre criteri seguenti: 1) il totale dell'attivo dello stato patrimoniale risulti superiore ai seimilioni duecentomila euro; 2) l'importo del volume d'affari risulti superiore ai dodicimilioni ottocentomila euro; 3) il numero dei dipendenti occupati in media durante l'esercizio risulti superiore alle duecentocinquanta unità. Qualora l'assicurato sia un'impresa facente parte di un gruppo tenuto a redigere un bilancio consolidato, le condizioni di cui sopra si riferiscono al bilancio consolidato del gruppo.

nel ricorso come conseguenza immediata e diretta del comportamento evidenziato nel reclamo.

Il ricorso si presenta esclusivamente online tramite il portale: www.arbitroassicurativo.org a partire dal 15 gennaio 2026 e prevede il pagamento di un contributo di € 20,00.

COME FUNZIONA E DURATA

Il procedimento è documentale, ferma restando la facoltà dell'AAS, in taluni casi, di sentire le parti. Il procedimento si conclude entro 180 giorni dalla notifica del ricorso all'impresa o all'intermediario da parte dell'AAS, prorogabili una sola volta fino ad ulteriori 90 giorni per le controversie particolarmente complesse.

