



UNISALUTE PIÙ

Assicurazione Malattia e Infortuni

Gentile Cliente
allegiamo i seguenti documenti:

- **DIP DANNI (Documento informativo precontrattuale danni)**
- **DIP AGGIUNTIVO DANNI (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi Danni)**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE** comprehensive 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

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

Compagnia: UniSalute S.p.A.

Prodotto : "Unisalute Più"

"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. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046"

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

Che tipo di Assicurazione è?

Questa Assicurazione offre una copertura delle spese sanitarie nei casi di Malattia ed Infortunio.



Che cosa è assicurato?

L'Assicurazione opera ad integrazione delle prestazioni erogate dal Fondo Sanitario dell'Assicurato o in aggiunta a quelle non previste dal Fondo stesso, in caso di Malattia e in caso di Infortunio verificatisi durante il Periodo Assicurativo e permette all'Assicurato di ottenere l'Indennizzo delle spese mediche per forme di Ricovero, Day Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale e di spese mediche extra ospedaliere.

MODULO SPESE SANITARIE BASE:

- **Ricovero in Istituto di cura, Day Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale ad integrazione massimale previsto dal Fondo Sanitario:** le spese mediche per Ricovero, Day Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale in Istituto di cura previsto dal Fondo Sanitario in caso di esaurimento del Massimale del Fondo stesso.
- **Ricovero in Istituto di cura, Day Hospital e Intervento chirurgico ambulatoriale in istituto di cura non previsto dal Fondo Sanitario:** le spese mediche per Ricovero, Day Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale in Istituto di cura in caso di prestazioni non previste dal Fondo stesso.

GARANZIE OPZIONALI

Moduli aggiuntivi

MODULO SPESE SANITARIE OPZIONALE

- **Alta Specializzazione, Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici:** le spese mediche per le prestazioni di Alta specializzazione, Visite Specialistiche ed Accertamenti diagnostici.

UniSalute presta le garanzie sino all'importo massimo stabilito in polizza (c.d. Massimale).

Per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Infortunio o Malattia.
- ✗ Non sono assicurabili le persone non iscritte ad un Fondo Sanitario.
- ✗ Non sono assicurabili, le persone affette da alcolismo e/o tossicodipendenza.



Ci sono limiti di copertura?

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

! Sono altresì presenti, per la garanzia spese sanitarie base e per la garanzia spese sanitarie opzionale, alcune esclusioni (salvo che queste non siano derivate dalle singole garanzie):

- le conseguenze dirette di Malattie e Infortuni insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, fermo restando quanto previsto all'Articolo "Diritto all'Oblio Oncologico";
- le cure e/o gli Interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione. Sono altresì escluse le cure e gli Interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia);
- la cura delle Malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e le sindromi ansiose e/o depressive;
- tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli Accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli Interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortuni o da Interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione);
- i Ricoveri e i Day Hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o Accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
- gli Accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i Ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali Ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- gli Interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool

e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

- gli Infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i Medicinali biologici;
- tutte le terapie mediche;
- le conseguenze dirette o indirette di Pandemie;
- le prestazioni sanitarie effettuate in modalità a distanza, tramite il ricorso a tecnologie informatiche (videoconsulto e/o teleconsulto).



Dove vale la copertura?



La copertura vale nel mondo intero.



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

Il Premio complessivo è pagato dal Contraente in un'unica soluzione al momento della stipula della Polizza o, in alternativa, fermo restando che il Premio è indivisibile, il pagamento può essere frazionato in rate mensili, trimestrali, quadrimestrali e semestrali, se concesso da UniSalute.

Il pagamento del Premio in un'unica soluzione o in rate semestrali deve essere eseguito presso l'Intermediario al quale è assegnata l'Assicurazione.

Il pagamento del Premio in rate mensili deve essere eseguito con le modalità previste per il frazionamento mensile del premio tramite addebito ricorrente.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione può avere durata inferiore o pari ad un anno oppure poliennale.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Polizza, 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.



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 Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

Compagnia: UniSalute S.p.A.

Prodotto: UniSalute Più

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 della Polizza.

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.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

MODULO SPESE SANITARIE OPZIONALE	MODULO SPESE SANITARIE OPZIONALE Il Modulo aggiuntivo SPESE SANITARIE OPZIONALE è acquistabile solo in combinazione al MODULO BASE
---	--



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

LIMITAZIONI

MODULO SPESE SANITARIE BASE:

- Ricovero, Day Hospital e Intervento chirurgico ambulatoriale ad integrazione delle garanzie previste dal Fondo Sanitario: non sono previsti franchigie o scoperti, ad eccezione di quelle previste dal Fondo stesso.
- Ricovero, Day Hospital e Intervento chirurgico ambulatoriale non previsti dal Fondo Sanitario: solo in strutture private convenzionate con UniSalute senza l'applicazione di franchigie o scoperti.

Se durante il Periodo Assicurativo l'Assicurato non risulta più iscritto al Fondo Sanitario, le garanzie sono prestate con l'applicazione dello scoperto del 30% (trenta) con un minimo non indennizzabile di 1.000 (mille) euro per ogni Ricovero in Istituto di Cura, Day Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

MODULO SPESE SANITARIE OPZIONALE

- Alta specializzazione, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici.

È previsto un massimale annuo complessivo di 1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato.

Se durante il Periodo assicurativo l'Assicurato non risulta più iscritto al Fondo Sanitario, le garanzie sono prestate con l'applicazione dello scoperto del 30% (trenta) con un minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni prestazione.

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

Visite specialistiche: sono escluse le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita, nonché le visite odontoiatriche e ortodontiche.

Accertamenti diagnostici: sono esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone fisiche iscritte ad un Fondo Sanitario nell'annualità assicurativa di riferimento che intendono garantirsi il pagamento di spese mediche per Ricovero in Istituto di cura, Day Hospital e Intervento chirurgico ambulatoriale, Alta specializzazione, Visite mediche specialistiche ed Accertamenti diagnostici in caso di Malattia o Infortunio, ad integrazione o in aggiunta alle coperture previste dal Fondo Sanitario di appartenenza.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione. La quota parte percepita in media dagli intermediari è fino 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:

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	<p>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.</p> <p>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.</p>

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

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).

PIANO SANITARIO

UniSalute Più

Contratto di Assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01265 / 000 / 20114 / H - Ed. 01/06/2025

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

INDICE

PRESENTAZIONE.....	3
GLOSSARIO	4
SEZIONE 1: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	8
CONDIZIONI DI ACQUISTO DEI SINGOLI MODULI DELL'ASSICURAZIONE	8
1. TIPOLOGIE DI MODULI 	8
PERSONE ASSICURATE E CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	8
2. PERSONE ASSICURATE	8
3. PERSONE NON ASSICURABILI.....	8
3.1. REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ.....	8
3.2. DIRITTO ALL'OBLO ONCOLOGICO	8
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	9
4. DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE 	9
5. RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE.....	10
6. PERIODI DI CARENA CONTRATTUALE	10
7. DIRITTO DI RIPENSAMENTO 	10
QUANDO E COME DEVO PAGARE	11
8. DETERMINAZIONE DEL PREMIO 	11
9. PAGAMENTO DEL PREMIO	11
10. FRAZIONAMENTO MENSILE DEL PREMIO TRAMITE ADDEBITO RICORRENTE	12
CHE OBBLIGHI HO	14
11. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	14
12. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO	14
13. ALTRE ASSICURAZIONI.....	14
ALTRE NORME	15
14. MODIFICA DELL'ASSICURAZIONE.....	15
15. FORO COMPETENTE	15
16. LEGISLAZIONE APPLICABILE.....	15
17. REGIME FISCALE	15
18. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	15
SEZIONE 2: MODULI DELL' ASSICURAZIONE	16
MODULO SPESE SANITARIE BASE	16
COSA ASSICURA.....	16
19. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	16
20. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY HOSPITAL E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE AD INTEGRAZIONE DEL MASSIMALE PREVISTO DAL FONDO SANITARIO	16
20.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY HOSPITAL E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE NON PREVISTI DAL FONDO SANITARIO.....	17
21. MASSIMALE ASSICURATO.....	18
CHE COSA NON È ASSICURATO	19
22. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE	19
COME ASSICURA	20
23. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA DAY HOSPITAL E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE AD INTEGRAZIONE DI QUANTO PREVISTO DAL FONDO SANITARIO.2928	20
23.1 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY HOSPITAL E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE NON PREVISTI DAL FONDO SANITARIO.1740)	20
24. CESSAZIONE DELL'ISCRIZIONE AL FONDO SANITARIO.....	20
25. ESTENSIONE TERRITORIALE	20
TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI	20
MODULO SPESE SANITARIE OPZIONALE	22
COSA ASSICURA.....	22
26. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 	22
27. ALTA SPECIALIZZAZIONE, VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	22
28. MASSIMALE ASSICURATO.....	22
CHE COSA NON È ASSICURATO	22
29. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE	22
COME ASSICURA	23
30. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	23
31. CESSAZIONE DELL'ISCRIZIONE AL FONDO SANITARIO.....	24
32. ESTENSIONE TERRITORIALE	24

TABELLA DI SINTESI	24
SEZIONE 3: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI.....	25
33. DENUNCIA DEL SINISTRO	25
34. PAGAMENTO DEL SINISTRO	27
35. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	27
36. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	27
37. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	27
38. INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018	28
MODULO DENUNCIA DI SINISTRO RICHIESTA DI RIMBORSO	29
INFORMATIVA PRIVACY	30
INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER CONTRATTI DANNI STIPULATI A DISTANZA	34
INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLO ONGCOLOGICO.....	36
INFORMATIVA SUL RICORSO ALL'ARBITRO ASSICURATIVO.....	39

PRESENTAZIONE

UniSalute Più è la Polizza assicurativa per la protezione della Tua salute che Ti copre in caso di spese sanitarie per prestazioni di Ricovero, Visite mediche specialistiche ed Accertamenti diagnostici, in aggiunta a quanto già previsto dalla Tua copertura con il Fondo Sanitario Integrativo.

Di seguito troverai:

- il GLOSSARIO, dove si specifica il significato delle parole che, nelle Condizioni di Assicurazione, sono contraddistinte dalla lettera maiuscola iniziale;
- la SEZIONE 1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE;
- la SEZIONE 2 - MODULI DELL'ASSICURAZIONE;
- la SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO I SINISTRI, che contiene le norme che si applicano in caso di denuncia e liquidazione dei Sinistri;
- gli ALLEGATI:
 - il MODULO DI DENUNCIA 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 di consultazione, contrassegnati con il simbolo della lente di ingrandimento , che forniscono informazioni aggiuntive e 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 Più 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 aver 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.

Assistenza Infermieristica

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

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.

Cure sperimentali

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

Day-hospital

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

Difetto fisico

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

Documentazione sanitaria

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

Fondo Sanitario

Fondo sanitario integrativo gestito da UniSalute (non rientrano nel perimetro le Casse di Previdenza e Assistenza professionali).

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.

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

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

Intermediario

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

Intervento chirurgico

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

Intervento chirurgico ambulatoriale

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

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con

esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

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.

Malformazione

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

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di Polizza che rappresenta la spesa massima che 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 possa essere usata sull'uomo o somministrata allo stesso allo scopo di ripristinare, correggere o modificare, funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica, che sia ritenuta idonea dall'Agenzia Italiana del Farmaco alla cura della patologia per la quale è stata prescritta.

Pandemia

Manifestazione collettiva di una Malattia con tendenza a diffondersi rapidamente.

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 carentza 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.

Presca in carico

Comunicazione di UniSalute alla Struttura sanitaria convenzionata in ordine alle prestazioni che UniSalute stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente alla stessa. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nell'Assicurazione.

Registro

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

Retta di degenza

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

Ricovero

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

Rischio

La probabilità del verificarsi del Sinistro.

Scoperto

La parte di danno, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

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

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.

Terapie mediche

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

UniSalute

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

Visita specialistica

La prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite mediche specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in medicina generale nonché da altre tipologie di professionisti (quali a titolo esemplificativo il biologo nutrizionista).

SEZIONE 1: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

CONDIZIONI DI ACQUISTO DEI SINGOLI MODULI DELL'ASSICURAZIONE

1. TIPOLOGIE DI MODULI

Sono previste 2 (due) tipologie di Moduli sulle base delle relative condizioni di acquisto:

- Modulo Base, acquistabile singolarmente o in combinazione al Modulo Aggiuntivo;
- Modulo Aggiuntivo, acquistabile solo in combinazione al Modulo base.

Di seguito, l'elenco dei Moduli per ogni tipologia:

MODULO BASE	MODULIO AGGIUNTIVO
MODULO SPESE SANITARIE BASE	MODULO SPESE SANITARIE OPZIONALE

Previa autorizzazione da parte di UniSalute, Il Modulo Aggiuntivo può essere acquistato anche successivamente all'acquisto del Modulo Base.

Le condizioni di acquisto previste nel presente articolo devono essere rispettate per ciascun Assicurato.

PERSONE ASSICURATE E CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

2. PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione è prestata a favore degli iscritti ad un Fondo Sanitario.

Ciascun Assicurato deve rispettare i requisiti indicati nel seguente articolo "Persone non assicurabili".

3. PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone non iscritte ad un Fondo Sanitario.

Se in corso di durata contrattuale l'Assicurato non risulta più iscritto al Fondo Sanitario, l'Assicurazione opera fino al raggiungimento della scadenza annuale di Polizza, con l'applicazione dello Scoperto previsto dalle singole garanzie all'articolo "Cessazione dell'iscrizione al Fondo Sanitario".

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo e/o tossicodipendenza.

3.1. REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ

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

3.2. DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193 che ha introdotto il cosiddetto "Diritto all'Oblio Oncologico" che stabilisce il diritto delle persone guarite da una patologia

oncologica da più di 10 (dieci) anni (5 (cinque) anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima dei 21 (ventuno) anni di età) a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione di salute nella fase di 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 ad UniSalute, 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.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

4. DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE¹

L'Assicurazione può avere durata inferiore o pari ad un Anno oppure può avere durata poliennale.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Polizza, 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 dal contratto solo dopo i primi 5 (cinque) anni di durata contrattuale, ai sensi dell'articolo 1899, 1° comma del Codice civile. In tal caso la volontà di recedere va comunicata almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza dell'Assicurazione con le seguenti modalità

¹ **Quale durata può avere l'Assicurazione?**

L'Assicurazione può avere una durata inferiore o pari ad un Anno o può avere durata poliennale. Con la durata poliennale viene riconosciuto uno sconto sul Premio per ogni Anno di durata. La percentuale di sconto applicato rispetto al Premio che il Contraente pagherebbe se l'Assicurazione avesse durata annuale, viene indicata in Polizza ed è tanto più alta quanto maggiore è la durata stabilita in sede di conclusione dell'Assicurazione. Se la durata poliennale è superiore a 5 (cinque) anni il Contraente potrà recedere dall'Assicurazione soltanto dopo i primi 5 (cinque) anni di durata. Se la durata è uguale o inferiore a 5 (cinque anni), il Contraente non potrà recedere in anticipo dall'Assicurazione.

- 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 della Polizza è uguale o inferiore a 5 (cinque) anni, il Contraente non potrà recedere in anticipo dall'Assicurazione e dovrà attendere la scadenza del Periodo Assicurativo indicato in Polizza.

5. TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è senza tacito rinnovo, pertanto, cessa alla scadenza del Periodo Assicurativo indicato in Polizza.

6. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

La copertura Assicurativa decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'Assicurazione per gli Infortuni;
- del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le Malattie.

Se la Polizza è stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza emessa da UniSalute o da altra Società appartenente al Gruppo Assicurativo Unipol riguardante gli stessi Assicurati e il medesimo Rischio, i Periodi di carenza contrattuale di cui sopra operano:

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

Analogamente in caso di variazioni intervenute nel corso della presente Polizza, i Periodi di carenza contrattuale suddetti operano dal giorno di effetto della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

7. 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

² Il Contraente può sempre esercitare il diritto di ripensamento?

No, il diritto di ripensamento è riconosciuto al Contraente, entro i termini descritti nella presente Assicurazione, 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 acquistata 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.

- 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.

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

QUANDO E COME DEVO PAGARE

8. DETERMINAZIONE DEL PREMIO⁴

Il Premio viene adeguato in funzione della fascia di età in cui rientra l'Assicurato, secondo la seguente regola:

FASCE DI ETA'	PERCENTUALE DI INCREMENTO DEL PREMIO
Fascia 1 (0-30)	-
Fascia 2 (31-40)	34%
Fascia 3 (41-50)	34%
Fascia 4 (51-60)	34%
Fascia 5 (over 61)	34%

9. PAGAMENTO DEL PREMIO

Premesso che il Premio è indivisibile, il Contraente può pagare il Premio scegliendo una tra le seguenti modalità:

- in un'unica soluzione;
- in rate mensili, trimestrali, quadrimestrali e semestrali, se concesso da UniSalute.

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

Il pagamento del Premio in un'unica soluzione o in rate, trimestrali, quadrimestrali o semestrali, o deve essere eseguito presso l'eventuale Intermediario che ha venduto la Polizza.

Il pagamento del Premio in rate mensili deve essere eseguito con le modalità previste dal successivo articolo "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.

10. FRAZIONAMENTO MENSILE DEL PREMIO TRAMITE ADDEBITO RICORRENTE

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 dai 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

11. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

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

Il contratto viene stipulato 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.

12. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato deve 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.

13. 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

14. MODIFICA DELL'ASSICURAZIONE

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

15. 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.

16. LEGISLAZIONE APPLICABILE

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

17. REGIME FISCALE

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

L'Imposta sulle Assicurazioni applicata al Premio è pari al 2,5%.

18. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SEZIONE 2: MODULI DELL' ASSICURAZIONE

MODULO SPESE SANITARIE BASE

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.

La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

COSA ASSICURA

19. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, **in caso di Malattia e di Infortunio dell'Assicurato, avvenuti durante il Periodo assicurativo**, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Ricovero in Istituto di cura, Day Hospital e Intervento chirurgico ambulatoriale ad integrazione del Massimale previsto dal Fondo Sanitario;
- Ricovero in Istituto di cura, Day Hospital e Intervento chirurgico ambulatoriale non previsti dal Fondo Sanitario.

20. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY HOSPITAL E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE AD INTEGRAZIONE DEL MASSIMALE PREVISTO DAL FONDO SANITARIO

UniSalute, **in caso di esaurimento del Massimale previsto dal Fondo Sanitario, integra** le spese relative a Ricovero in Istituto di cura, Day Hospital e Intervento chirurgico ambulatoriale per le seguenti prestazioni:

- a) Pre Ricovero
Esami, Accertamenti diagnostici e Visite mediche specialistiche effettuati nei 120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del Ricovero, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero stesso.
- b) Intervento chirurgico
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoproteesi.
- c) Assistenza medica, Medicinali, cure
Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, Medicinali, esami, Accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di Ricovero.
- d) Rette di degenza
Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
- e) Accompagnatore
Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.
- f) Assistenza infermieristica privata individuale
Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di 60,00 (sessanta) euro al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni per Ricovero.

g) Post Ricovero

Esami e Accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione del Ricovero, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero.

h) Trasporto Sanitario

Le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di 1.000 (mille) euro per Ricovero.

20.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY HOSPITAL E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE NON PREVISTI DAL FONDO SANITARIO

UniSalute provvede al pagamento delle spese relative a Ricovero in istituto di cura, Day Hospital e Intervento chirurgico ambulatoriale non previsti dal Fondo Sanitario, per le seguenti prestazioni:

a) Pre Ricovero

Esami, Accertamenti diagnostici e Visite mediche specialistiche effettuati nei 100 (cento) giorni precedenti l'inizio del Ricovero, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero.

Ad eccezione di quanto previsto dal successivo articolo "MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA DAY HOSPITAL E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE AD INTEGRAZIONE DI QUANTO PREVISTO DAL FONDO SANITARIO", la presente garanzia viene prestata esclusivamente in forma di rimborso.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento

(risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, Medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

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

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di 50,00 (cinquanta) euro al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni per Ricovero.

g) Post Ricovero

Esami e Accertamenti diagnostici, Medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura

alberghiera), effettuati nei 100 (cento) giorni successivi alla cessazione del Ricovero, purché resi necessari dalla Malattia o dall’Infortunio che ha determinato il Ricovero. Sono compresi in garanzia i Medicinali prescritti dal medico curante all’atto delle dimissioni dall’istituto di cura.

h) **Trasporto sanitario**

UniSalute rimborsa le spese di trasporto dell’Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all’Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di 1.000,00 (mille) euro per Ricovero.

21. MASSIMALE ASSICURATO

Il Massimale annuo Assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a 10.000 (diecimila) euro per Assicurato.

CHE COSA NON È ASSICURATO

ARTICOLI RIFERITI A PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO

22. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non opera per:

- a) le conseguenze dirette di Malattie e Infortuni insorti, diagnosticati o curati prima della stipula dell'Assicurazione fermo restando quanto previsto all'articolo "Diritto all'Oblio Oncologico";
- b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione. Sono altresì escluse le cure e gli Interventi chirurgici per la correzione di vizi di rifrazione oculare (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia);
- c) la cura delle Malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e le sindromi ansiose e/o depressive;
- d) tutte le prestazioni odontoiatriche, nonché gli interventi chirurgici e gli Accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- e) le prestazioni mediche con finalità estetiche (salvo gli Interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione);
- f) i Ricoveri e i Day Hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di Medicinali) o Accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
- g) gli Accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- h) i Ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i Ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali Ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- i) gli Interventi chirurgici per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- j) il trattamento delle Malattie consequenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- k) gli Infortuni consequenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- l) gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- m) gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- n) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
- o) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- p) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- q) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
- r) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le Cure sperimentali e i Medicinali biologici;
- s) tutte le Terapie Mediche;
- t) le conseguenze dirette o indirette di Pandemie;

- u) le prestazioni sanitarie effettuate in modalità a distanza, tramite il ricorso a tecnologie informatiche (video consulto e/o teleconsulto).

COME ASSICURA

23. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA DAY HOSPITAL E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE AD INTEGRAZIONE DI QUANTO PREVISTO DAL FONDO SANITARIO.

La garanzia è prestata in forma di rimborso, senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie.

Resta inteso che, **eventuali franchigie o scoperti applicati dal Fondo Sanitario rimangono a carico dell'Assicurato.**

La disciplina per ottenere il rimborso delle prestazioni è indicata nella sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI".

23.1 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY HOSPITAL E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE NON PREVISTI DAL FONDO SANITARIO.

La garanzia opera solo in caso di utilizzo di una Struttura sanitaria convenzionata⁵ ed è prestata senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie.

La disciplina per usufruire delle prestazioni è indicata nella sezione "NORME CHE REGOLANO I "SINISTRI".

In deroga a quanto previsto dal presente articolo, ai due commi precedenti, le prestazioni di cui alle lettere

- a) Pre Ricovero;
- f) Assistenza infermieristica privata individuale;
- h) Trasporto sanitario,

sono prestate solo in forma di rimborso.

La disciplina per ottenere il rimborso di queste prestazioni è indicata nella sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI".

24. CESSAZIONE DELL'ISCRIZIONE AL FONDO SANITARIO

Se durante il Periodo Assicurativo l'Assicurato non risulta più iscritto al Fondo Sanitario, **le garanzie sono prestate con l'applicazione dello Scoperto del 30% (trenta) con un minimo non indennizzabile di 1.000 (mille) euro per ogni Ricovero in Istituto di Cura, Day Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale.**

25. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

5 Come posso ottenere la prestazione?

L'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito già previsto dal Fondo Sanitario (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 0516389046) al fine di attivare l'iter di valutazione della richiesta.

Prestazioni assicurate	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in Strutture sanitarie NON convenzionate	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in Strutture sanitarie convenzionate	Massimale
RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY HOSPITAL E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE AD INTEGRAZIONE DEL MASSIMALE PREVISTO DAL FONDO SANITARIO	Rimbоро integrale delle spese ferme restando le Franchigie o gli Scoperti previsti dal Fondo Sanitario. eventuali franchigie o scoperti applicati dal Fondo Sanitario rimangono a carico dell'Assicurato.	-	10.000 (diecimila) euro all'Anno per Assicurato
RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY-HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE NON PREVISTI DAL FONDO SANITARIO	-	Liquidazione diretta a carico di UniSalute, senza Scoperti o Franchigie. le prestazioni di cui alle lettere a) Pre Ricovero; f) Assistenza infermieristica privata individuale; h) Trasporto sanitario, sono prestate solo in forma di rimborso.	

MODULO SPESE SANITARIE OPZIONALE

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.

La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

COSA ASSICURA

26. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE⁶

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, in caso di Malattia e di Infortunio dell'Assicurato, avvenuti durante il Periodo Assicurativo, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Alta specializzazione, Visite mediche specialistiche ed Accertamenti diagnostici.

27. ALTA SPECIALIZZAZIONE, VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

UniSalute provvede a coprire l'Assicurato le somme rimaste a suo carico per le prestazioni di Alta specializzazione, Visite specialistiche ed Accertamenti diagnostici, conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuti durante il Periodo Assicurativo. **La garanzia opera esclusivamente se le prestazioni sono previste dal Fondo Sanitario.**

Si intendono escluse le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita, le visite odontoiatriche ed ortodontiche e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

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

28. MASSIMALE ASSICURATO

Il Massimale annuo per il complesso delle garanzie suindicate **corrisponde a 1.500 (millecinquecento) euro** per Assicurato.

CHE COSA NON È ASSICURATO

ARTICOLI RIFERITI A PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO

29. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non opera per:

- a) le conseguenze dirette di Malattie e Infortuni insorti, diagnosticati o curati prima della stipula del contratto, fermo restando quanto previsto all'Articolo "Diritto all'Oblio Oncologico";

6 Come posso personalizzare la mia copertura Assicurativa?

In aggiunta alle coperture Ricovero (sempre operanti), è possibile integrare la Polizza con coperture supplementari relative a prestazioni di Alta specializzazione, Visite specialistiche ed Accertamenti diagnostici. La garanzia supplementare comporta una maggiorazione di premio rispetto a quello previsto per le sole coperture Ricovero.

- b) le cure e/o gli Interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipulazione dell'Assicurazione. Sono altresì escluse le cure e gli Interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia);
- c) la cura delle Malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e le sindromi ansiose e/o depressive;
- d) tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli Accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- e) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortuni o da Interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività dell'assicurazione);
- f) i Ricoveri ed i Day Hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di Medicinali) o Accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
- g) gli Accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- h) i Ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i Ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- i) gli Interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- j) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- k) gli Infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- l) gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- m) gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- n) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
- o) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- p) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- q) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
- r) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i Medicinali biologici;
- s) tutte le Terapie Mediche;
- t) le conseguenze dirette o indirette di Pandemie;
- u) le prestazioni sanitarie effettuate in modalità a distanza, tramite il ricorso a tecnologie informatiche (video consulto e/o teleconsulto).

COME ASSICURA

30. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

- Rimborsa Franchigie o Scoperti rimasti a carico dell'Assicurato per le prestazioni liquidate dal Fondo Sanitario. Per ottenere il rimborso è necessario l'invio di documentazione che attesta la quota rimasta a carico e pertanto pagata dall'Assicurato.
- Integra il Massimale previsto dal Fondo Sanitario in caso di esaurimento dello stesso. **In caso di rimborso è necessario l'invio di documentazione che attesta l'esaurimento del Massimale del Fondo Sanitario.** UniSalute provvede al pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato con le stesse modalità di erogazione previste dal Fondo Sanitario⁷, senza l'applicazione di Franchigie o Scoperti.

31. CESSAZIONE DELL'ISCRIZIONE AL FONDO SANITARIO

Se, durante il Periodo Assicurativo, l'Assicurato non risulta più iscritto al Fondo Sanitario, **la garanzia è prestata con l'applicazione dello Scoperto del 30% (trenta) con un minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per prestazione.**

32. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

TABELLA DI SINTESI

Prestazioni assicurate	Franchigie e/o Scoperti in Strutture sanitarie NON convenzionate	Franchigie e/o Scoperti in Strutture sanitarie convenzionate	Limiti
Alta Specializzazione, Visite specialistiche ed Accertamenti Diagnostici	Rimborso integrale della Franchiglia/Scoperto applicati dal Fondo Sanitario oppure Rimborso integrale delle spese per integrazione Massimale	Rimborso integrale della Franchiglia/Scoperto applicati dal Fondo Sanitario Oppure Liquidazione diretta a carico di UniSalute per Integrazione del Massimale	1.500 (millecinquecento) euro per Anno per Assicurato

7 Quale modalità di erogazione della prestazione posso utilizzare?

È possibile utilizzare esclusivamente la stessa modalità di erogazione prevista nel Fondo Sanitario. Esempio: Visita ortopedica – se previsto dal Fondo di appartenenza il solo l'utilizzo delle Strutture Convenzionate, la prestazione non potrà essere svolta con un diverso erogatore (strutture non convenzionate o strutture del Servizio Sanitario Nazionale).

SEZIONE 3: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

33. DENUNCIA DEL SINISTRO

Sono previste due modalità di apertura/denuncia di un Sinistro:

1. Sinistri relativi a prestazioni sanitarie che devono essere eseguite presso Strutture sanitarie convenzionate

L'Assicurato deve prenotare la prestazione sanitaria utilizzando una delle seguenti modalità:

- contattare direttamente la Struttura sanitaria convenzionata per prenotare la prestazione e comunicare l'appuntamento a UniSalute utilizzando l'apposita funzione *Fai una nuova prenotazione/prenotazione* presente rispettivamente sul sito www.unisalute.it all'interno dell'Area Servizi Clienti e sull'app **Unisalute Up**;
- prenotare la prestazione utilizzando la stessa funzione *Fai una nuova prenotazione/prenotazione* presente rispettivamente sul sito www.unisalute.it e sull'app **UniSalute Up**.
- prenotare la prestazione contattando la Centrale Operativa al numero verde già previsto per il Fondo Sanitario (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 0514161791).

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

UniSalute invia alla Struttura sanitaria convenzionata la comunicazione di "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura. La comunicazione di "presa in carico" vale nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

In caso di Ricovero, per permettere ad UniSalute di valutare la copertura, è necessario inviare la Documentazione necessaria all'istruttoria della pratica, almeno 10 (dieci) giorni prima della data prevista per l'evento.

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

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

La Struttura sanitaria non può comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di Polizza, eccedenti il Massimale assicurato o non autorizzate.

Sono considerate prestazioni eseguite presso Strutture sanitarie non convenzionate:

- le prestazioni sanitarie prenotate ed eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata con modalità diverse da quelle indicate nel presente articolo;
- le prestazioni sanitarie eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata da personale medico NON convenzionato con la stessa ai fini dell'Assicurazione;
- le prestazioni sanitarie non convenzionate eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata.

Pertanto, in questi casi:

- a) se l'Assicurazione copre anche i Sinistri relativi a prestazioni effettuate presso strutture sanitarie NON convenzionate, UniSalute rimborsa le spese sanitarie sostenute dall'Assicurato per queste prestazioni alle condizioni previste dall'Assicurazione;
- b) se l'Assicurazione non copre anche i Sinistri relativi a prestazioni effettuate presso strutture sanitarie NON convenzionate, queste prestazioni non sono considerate in copertura.

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

2. Sinistri relativi a prestazioni sanitarie eseguite presso Strutture sanitarie non convenzionate e/o presso il Sistema Sanitario Nazionale

Per le prestazioni sanitarie eseguite presso strutture sanitarie NON convenzionate, incluse quelle del Servizio Sanitario Nazionale, è prevista la **modalità rimborsuale**. Pertanto, **l'Assicurato deve pagare direttamente alla struttura sanitaria il costo della prestazione eseguita e richiederne il rimborso a UniSalute**.

Per richiedere il rimborso di quanto speso in strutture sanitarie NON convenzionate, l'Assicurato può utilizzare la funzione disponibile sul sito **www.unisalute.it** – Area Clienti e caricare i documenti in formato elettronico oppure utilizzando la app **UniSalute Up**, caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti per il rimborso.

In alternativa, è possibile richiedere il rimborso delle spese sanitarie anche inviando a UniSalute la seguente documentazione cartacea:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- **in caso di Ricovero o di corresponsione di indennità (*)**, la cartella clinica completa in tutte le sue parti;
- documentazione specifica indicata nelle singole garanzie;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

Le distinte e le ricevute devono riportare in modo analitico le prestazioni effettuate ed il relativo costo. Inoltre, **l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte di UniSalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso**.

La suddetta documentazione deve essere inviata, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), al seguente indirizzo: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

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

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

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato **viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UniSalute della Documentazione di cui sopra**. 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'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Se l'Assicurato ha ottenuto da altre Imprese di Assicurazione il rimborso delle spese sanitarie da lui sostenute in relazione al medesimo Sinistro per cui viene richiesto il rimborso a UniSalute, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità previste nelle singole garanzie di Polizza, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare deve essere documentato e certificato.

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 DOCUMENTAZIONE 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 del 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 che dovessero insorgere in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione dell'Assicurazione, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale sono 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 sono 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 sono 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.

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE
MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per finalità Assicurative
(Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità Assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto Assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data

Nome e cognome _____

e C.F. _____
del titolare di Polizza o del familiare (in stampatello)

Firma dell'interessato

POLIZZA NUMERO

CONTRAENTE: Cognome _____

Nome _____

ASSICURATO PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO:

Cognome _____

Nome _____

Nato/a _____

il _____

Codice Fiscale _____

Residente in via _____

N° _____

CAP _____

Località/Comune _____

Prov _____

Domicilio
(se diverso da residenza) _____

CAP _____

Località/comune _____

Prov _____

N° tel. _____

Tel cell. _____

E-mail _____

Si allega la copia delle seguenti fatture

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

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. Rimborzi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO

INFORMATIVA PRIVACY

(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:

- 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 dati⁸ (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 soggetti⁹ ci fornire, 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 Contratto¹⁰:** 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 servizio¹¹, 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 Riservata¹²;
- **(F6) – Perseguimento di esigenze amministrativo contabili e adempimento degli obblighi normativi:** i Dati saranno trattati al fine di perseguire esigenze amministrativo – contabili, nonché al fine di adempiere agli obblighi normativi di settore, di volta in volta applicabili in base alle prestazioni richieste, e stabiliti da leggi, regolamenti, normativa europea o da disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di Vigilanza¹³;

⁸ 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.

⁹ 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.

¹⁰ 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.

¹¹ 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.

¹² L'informativa è messa a disposizione dell'interessato anche nella sezione "privacy" del sito web di UniSalute (<https://www.unisalute.it>).

¹³ 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

- **(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 Unipol¹⁴ 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 perseguimento 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 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>	<p>Il conferimento dei Dati Personalni è indispensabile al perseguimento 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 interessato¹⁵.</p>

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.

¹⁴ Per l'elenco completo e aggiornato di tutte le società facenti parte del Gruppo Unipol, si rinvia al sito www.unipol.com.

¹⁵ Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei Dati, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi di legge, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto contrattuale e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute (es.: difesa di diritti in sede giudiziale).

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 perseguimento 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 perseguimento 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 perseguimento 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 precluderà il solo invio delle suddette comunicazioni al Contraente.</p> <p>Resta ferma la facoltà di revocare in ogni momento il consenso; la revoca non pregiudicherà la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.</p>
F8	a); b) – limitatamente all'indirizzo e-mail del solo Contraente.	<p>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.</p>	<p>Il conferimento dei Dati è libero e facoltativo. Inoltre, sarà sempre possibile opporsi all'invio di queste comunicazioni mediante il tasto <i>unsubscribe</i> o scrivendo all'indirizzo e-mail: privacy@unisalute.it.</p>
F9	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>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).</p>	<p>Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.</p>

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 suseinte. 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 Dati¹⁶;
- 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 Unipol;
- III. soggetti legittimati ad accedere ai dati in forza di specifiche disposizioni normative (quali ad esempio, Autorità Giudiziaria, Autorità di polizia giudiziaria, Autorità di controllo e vigilanza, ecc.); la comunicazione è necessaria al fine di adempiere ad obblighi di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria o di altre Autorità pubbliche.

I Dati potranno altresì essere comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni ad UniSalute, coinvolti o nella prestazione dei servizi assicurativi che la riguardano¹⁷ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i Dati potranno essere comunicati ad altre società assicurative, anche non appartenenti al Gruppo Unipol, ove indispensabile per il perseguimento di legittimi interessi correlati a tali esigenze, o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

I Suoi Dati non saranno trasferiti verso paesi situati al di fuori dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo; qualora ciò fosse necessario al perseguimento delle finalità suindicate, lo faremo sulla base delle misure di garanzia previste dal Regolamento, quali ad esempio una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, ovvero la sottoscrizione di clausole contrattuali standard con l'importatore dei Dati.

Per quanto tempo tratteremo i Dati?

I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale in essere e successivamente conservati, per ragioni amministrativo-contabili, nonché per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili.

In dettaglio:

Finalità	Termine di conservazione
F1	I Suoi Dati saranno trattati per l'intera durata della fase precontrattuale. In caso di mancata sottoscrizione, i Dati non saranno conservati.
F2, F3, F4	I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale.
F5	I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale. Alla cessazione del Contratto, la condivisione si interromperà.
F6	I Suoi Dati saranno conservati per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili (amministrativi, fiscali, assicurativi, ecc.), di regola dieci (10) anni.
F7	I Dati saranno conservati per due (2) anni, termini decorrenti dalla cessazione del rapporto contrattuale, ovvero sino alla revoca del consenso, se antecedente; decorsi tali termini, non saranno più utilizzati per le predette finalità.
F8	I Dati saranno conservati per la durata del Contratto ovvero sino alla Sua opposizione.
F9	Per i termini prescrizionali previsti dalla normativa di settore, nonché per la durata dell'eventuale contenzioso.

I Suoi diritti

La normativa sulla privacy (articoli da 15 a 22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai Dati che La riguardano, di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, e la portabilità dei Dati che Lei ci ha fornito, qualora trattati in modo automatizzato sulla base di un Suo consenso o per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (articolo 20).

La normativa sulla privacy Le attribuisce, altresì, il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei Dati, se ne ricorrono i presupposti, e di opporsi al trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.

Ove il trattamento dei Dati sia basato sul Suo consenso, Lei ha il diritto di revocarlo in ogni momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca.

Il Responsabile per la protezione dei dati è a Sua disposizione per chiarimenti sul trattamento dei Suoi Dati e per l'esercizio dei Suoi diritti: può contattarlo all'indirizzo di posta elettronica: privacy@unisalute.it.

Resta fermo il Suo diritto di rivolgersi al Garante Privacy, anche attraverso la presentazione di un reclamo, ove ritenuto necessario, per la tutela dei Suoi Dati e dei Suoi diritti.

¹⁶ 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.

¹⁷ In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati, entro i limiti di quanto strettamente necessario per le finalità indicate, a società del Gruppo Unipol e a soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP).

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER CONTRATTI DANNI STIPULATI A DISTANZA

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive rispetto a quelle contenute nelle Condizioni di assicurazione, nel DIP e nel DIP aggiuntivo.

Il contratto sarà stipulato tra il Contraente e UniSalute S.p.A. ("UniSalute") direttamente o per il tramite dell'intermediario autorizzato dalla stessa UniSalute (in entrambi i casi definiti "il Distributore") nell'ambito di un sistema di vendita a distanza organizzato dal Distributore che, per tale contratto, impiega una tecnica di comunicazione a distanza (ad esempio sito web, app, call center, contatto telefonico, etc.).

Per "tecnica di comunicazione a distanza" deve intendersi qualunque tecnica di contatto con la clientela che, senza la presenza fisica e simultanea del Distributore e del Contraente, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

Ai sensi dell'art. 73 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 (il "Regolamento 40"), il Contraente, prima della conclusione del contratto di assicurazione, può scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale secondo quanto previsto dall'articolo 120-quater del Decreto legislativo 7 settembre 2009 n. 209 (il "Codice delle Assicurazioni Private"):

- a) su supporto cartaceo;
- b) su supporto durevole non cartaceo;
- c) tramite un sito Internet solo laddove il contraente abbia regolarmente accesso ad Internet, ossia nel caso in cui fornisca un indirizzo di posta elettronica a lui riferibile ai fini della distribuzione del prodotto.

Nei casi b) e c) il Contraente potrà richiedere, senza che ciò comporti alcun onere a suo carico, la ricezione della documentazione su supporto cartaceo e potrà modificare la tecnica di comunicazione prescelta in ogni momento.

Per "supporto durevole" deve intendersi qualsiasi strumento che permetta al Contraente di memorizzare informazioni a lui personalmente dirette, in modo che siano accessibili per la futura consultazione durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate e consenta la riproduzione inalterata delle informazioni memorizzate.

Le diverse fasi e modalità da seguire per la conclusione del contratto tramite internet sono illustrate nel sito internet del Distributore.

Il presente contratto è anche assoggettato agli articoli 67-quater e seguenti del decreto legislativo 6 settembre 2005 n. 206 (il "Codice del Consumo"), secondo quanto previsto dall'art. 121 - comma 1 lettera f) - del Codice delle Assicurazioni Private.

Lingua utilizzata (art. 67-septies, lettera g) Codice del Consumo)

La documentazione precontrattuale e il contratto sono redatti in lingua italiana e tutte le comunicazioni in corso di contratto avverranno in tale lingua. Restano salve le disposizioni vigenti in materia di bilinguismo nelle Regioni a Statuto Speciale.

Pagamento del premio (art. 67-sexies, lettera f) Codice del Consumo)

Il premio assicurativo può essere pagato con le modalità consentite dalla legge e precisate dal Distributore con cui è concluso il contratto a distanza. Il sistema di acquisto via web con carta di credito o con eventuale altra modalità di pagamento elettronico viene effettuato in condizioni di sicurezza.

Si raccomanda in tal senso al Contraente di non indicare i dati della propria carta di credito sulla documentazione o sulle comunicazioni da inviare al Distributore.

Diritto di recesso (artt. 67-septies lettere a) e d); art. 67-duodecies Codice del Consumo)

Entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto, il Contraente ha diritto di recedere a mezzo lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto da inviare a UniSalute e all'intermediario autorizzato, o soltanto a UniSalute in caso di vendita a distanza organizzata direttamente dalla Società senza il tramite di un intermediario.

In alternativa la comunicazione di recesso potrà essere inviata dal Contraente dal proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) alla casella PEC del Distributore e di UniSalute. In tal caso il Contraente dovrà restituire immediatamente a mezzo di lettera raccomandata la polizza.

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

Ed. 01/07/2022

INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBBLIO 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. 193¹⁸ (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”)¹⁹ riguardanti **patologie oncologiche** da cui **sia stata precedentemente affetta e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di:**
 - **dieci anni** se la patologia è insorta dopo il compimento del ventunesimo anno di età;
 - **cinque anni** se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.
- ❖ In data **24 aprile 2024** è entrato in vigore il decreto attuativo del Ministero della Salute²⁰ contenente la tabella sotto riportata delle patologie oncologiche per le quali i **suddetti termini vengono ridotti**:

¹⁸ 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”.

¹⁹ Per “persona fisica” è da intendersi l’Assicurando/Assicurato in qualità di soggetto portatore del rischio assicurato.

²⁰ 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”.

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
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

- ❖ Le informazioni di cui sopra non possono essere **acquisite neanche da fonti diverse** dal soggetto interessato e, qualora **già in possesso** dell'Impresa o dell'intermediario, **non possono essere utilizzate** per la determinazione delle condizioni contrattuali.
 - ❖ In tutte le fasi di accesso a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi, comprese le trattative precontrattuali e la stipula o il rinnovo dei contratti, le **Imprese** e gli **Intermediari** sono tenute a **fornire informazioni** adeguate circa i diritti di cui sopra.
 - ❖ Nei casi sopra indicati, non possono essere applicati **limiti, costi e oneri aggiuntivi o trattamenti diversi** a quelli previsti per la generalità dei contraenti, né imposte **Visite specialistiche 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.

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.

