



UNISALUTE SPESE MEDICHE SANICARD

Assicurazione Malattia e Infortuni

Gentile Cliente
alleghiamo i seguenti documenti:

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

Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

Compagnia: UniSalute S.p.A.

Prodotto: “UniSalute Spese Mediche Sanicard”

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

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

Che tipo di Assicurazione è?

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



Che cosa è assicurato?

L'Assicurazione opera in caso di Malattia e di Infortunio avvenuti durante il Periodo assicurativo e permette di scegliere tra due tipologie di Moduli per la copertura di spese sanitarie

MODULI OBBLIGATORI (alternativi tra loro):

- **MODULO BASE - FORMULA COMPLETA:**
 - Ricovero: rimborso delle spese per Ricovero in Istituto di cura (compreso parto e aborto terapeutico), Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale, protesi e ausili ortopedici.
 - Alta Specializzazione: pagamento delle spese per prestazioni extraospedaliere, non connesse a Ricovero, e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuto durante l'operatività dell'Assicurazione.
 - Cure Oncologiche: pagamento delle spese relative a chemioterapia e terapie radianti (sia in regime di Ricovero o Day-Hospital che extraricovero) nei casi di Malattia Oncologica.
 - Diagnosi comparativa: servizio di analisi dei responsi ricevuti dai sanitari curanti, che riguardano una diagnosi o un'impostazione terapeutica, da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche, in presenza di una delle patologie indicate in Polizza; identificazione e ricerca di un massimo di tre specialisti con particolare competenza nel trattamento della Malattia; organizzazione degli appuntamenti, del soggiorno e del trasporto.
 - Sindrome Metabolica: servizio che consente di verificare in via preventiva se si è affetti da Sindrome Metabolica valutando se esistono eventuali fattori di rischio per la sua salute, di natura cardiovascolare, correlati al suo stile di vita o a patologie preesistenti ad alto rischio cardiovascolare.
 - Ospedalizzazione Domiciliare: servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 120 (centoventi) giorni dalla data di dimissioni, a seguito di un Ricovero indennizzabile.
 - Neonati: nei primi 60 (sessanta) giorni di vita i neonati sono assicurati per le identiche garanzie e Somme assicurate previste per la madre; sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici.
 - Tariffe Agevolate: prevede per l'Assicurato l'applicazione di tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie erogate attraverso Strutture sanitarie convenzionate.
 - **MODULO BASE - FORMULA GRANDI INTERVENTI:**
 - Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso: rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per Ricovero in Istituto di Cura a seguito di un Grande Intervento Chirurgico o di un Grave Evento Morboso;
 - Diagnosi comparativa: servizio di analisi dei responsi ricevuti dai sanitari curanti, che riguardano una diagnosi o un'impostazione terapeutica, da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche, in presenza di una delle patologie indicate in Polizza; identificazione e ricerca di un massimo di tre specialisti con particolare competenza nel trattamento della Malattia; organizzazione degli appuntamenti, del soggiorno e del trasporto.
 - Sindrome Metabolica: servizio che consente di verificare in via preventiva se si è affetti da Sindrome Metabolica valutando se esistono eventuali fattori di rischio per la sua salute, di natura cardiovascolare, correlati al suo stile di vita o a patologie preesistenti ad alto rischio cardiovascolare.
 - Ospedalizzazione Domiciliare: servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 120 (centoventi) giorni dalla data di dimissioni, a seguito di un Ricovero indennizzabile.
 - Tariffa Agevolata: prevede per l'Assicurato l'applicazione di tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie erogate da Strutture sanitarie convenzionate.
 - **ASSISTENZA E CONSULENZA (sempre operante):**
- Servizi di Assistenza nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti nelle Condizioni di Assicurazione.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Malattia o Infortunio (compreso l'evento parto).



Ci sono limiti di copertura?

- ! Alle coperture assicurative offerte dall'Assicurazione sono applicati Scoperti (espressi in percentuale), Franchigie (esprese in cifra fissa) e massimali specifici per garanzia, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo.
- ! Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni:
- TUTTE LE GARANZIE: conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati prima della stipula dell'Assicurazione e non dichiarati a UniSalute o non evidenziati nel Questionario sanitario con dolo o colpa grave; cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, salvo quelli di cui l'Assicurato è portatore non consapevole; sono altresì escluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia); cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive; conseguenze di infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona; trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni; interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze; prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure a carattere sperimentale; le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere; conseguenze di infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza, le prestazioni aventi finalità estetiche, le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura; le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto dal Modulo Aggiuntivo Garanzia Plus lettere d) ed e) e quando non siano rese necessarie da Infortunio documentato; le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a

(Pareri medici immediati, Invio di un medico, Rientro dal Ricovero di primo soccorso, Trasferimento in centro medico specializzato, Viaggio di un familiare all'estero, Invio di Medicinali urgenti all'estero, Rimpatrio sanitario, Interprete a disposizione, Rientro di minori, Rientro dall'estero, Rientro anticipato, Informazioni sanitarie telefoniche).

MODULO AGGIUNTIVO – GARANZIA PLUS [a pagamento, in abbinamento a Modulo Base – Formula Completa]:

(Visite mediche specialistiche e Accertamenti diagnostici; Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di Infortunio; Prevenzione; Prevenzione Odontoiatrica; Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero).

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

Per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni.

meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza; le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche; i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio; le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer; le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

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

Inoltre, UniSalute:

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



Dove vale la copertura?

- ✓ **MODULO FORMULA COMPLETA:** l'Assicurazione vale in tutto il mondo.
- ✓ **MODULO FORMULA GRANDI INTERVENTI:** l'Assicurazione vale in tutto il mondo.
- ✓ **MODULO GARANZIA PLUS:** l'Assicurazione vale in tutto il mondo.
- ✓ **ASSISTENZA E CONSULENZA:** l'Assicurazione ha validità territoriale a seconda delle prestazioni erogate.



Che obblighi ho?

UniSalute offre l'Assicurazione in base alle circostanze di Rischio dichiarate dal Contraente e/o dall'Assicurato alla stipula e risultanti dal Questionario sanitario che forma parte integrante della Polizza. Il Contraente e/o l'Assicurato hanno il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul Rischio da assicurare. Inoltre, Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta a UniSalute dei cambiamenti che aggravano il Rischio (es. cambio di residenza).

Le dichiarazioni inesatte o reticenti o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione. Il Contraente e l'Assicurato, prima della sottoscrizione del Questionario anamnestico, devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate.



Quando e come devo pagare?

Il Premio complessivo per i Moduli acquistati è pagato dal Contraente in un'unica soluzione al momento di stipulazione 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 rate mensili deve essere eseguito con le modalità previste per il frazionamento mensile del premio tramite addebito ricorrente.

Sono concedibili sconti di Premio in relazione alla durata della polizza. Se il l'assicurazione è stipulata con durata poliennale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione è stipulata per il Periodo Assicurativo indicato nella Polizza, con 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'art. 1901 del Codice civile, si riserva la facoltà di sospendere l'Assicurazione dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza del pagamento. In questo caso, l'Assicurazione riprenderà efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento.



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)

UniSalute S.p.A.
Prodotto: UniSalute Spese Mediche Sanicard

Data: 01/06/2025- Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

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

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

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

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

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 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.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Condizione specifica (Modulo Formula Completa): Franchigia su Ricoveri, Day Hospital e Interventi chirurgici ambulatoriali in Istituto di Cura

Franchigia su Ricoveri, Day Hospital e Interventi chirurgici ambulatoriali in Istituto di Cura

Se nell'erogazione delle prestazioni viene concordata l'applicazione di una Franchigia e/o di uno Scoperto il Contraente ha diritto ad uno sconto sul Premio.

Massimale unico per nucleo familiare

Se i Massimali indicati in Polizza vengono prestati non per singolo Assicurato, ma per tutti gli Assicurati appartenenti al medesimo nucleo familiare il contraente ha diritto ad uno sconto sul Premio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

In abbinamento a Modulo Formula Completa

MODULO AGGIUNTIVO Garanzia Plus	UniSalute provvede al pagamento delle spese sostenute per: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Visite mediche specialistiche e Accertamenti Diagnostici: visite specialistiche non connesse a Ricovero e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuto durante l'operatività della Polizza.</i> - <i>Trattamenti Fisioterapici: trattamenti fisioterapici, a seguito di Infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempre che siano connessi all'infortunio denunciato e che risultino prescritti da un medico specialista.</i> - <i>Prevenzione: particolari esami diagnostici da effettuarsi una volta l'anno in Strutture Sanitarie Convenzionate.</i> - <i>Prevenzione Odontoiatrica: una visita specialistica odontoiatrica e una seduta di ablazione del tartaro o altro tipo di trattamento per l'igiene orale all'anno, da effettuarsi in Strutture Sanitarie Convenzionate.</i> - <i>Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero: gli interventi chirurgici odontoiatrici derivanti dalle seguenti patologie: osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso; cisti follicolari; cisti radicolari; adamantinoma; odontoma; ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.</i>
--	---



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

- La Garanzia base del MODULO BASE - FORMULA COMPLETA, relativamente alla copertura Ricovero in Istituto di Cura, Day – Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale prevede l'applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo di 1.000 (mille) euro e un massimo di 6.000 (seimila) euro per il caso di rimborso delle spese in caso di prestazioni miste e in caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate. Per la copertura Alta specializzazione prevede l'applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo di 60 (sessanta) euro in caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate.
- Per la Garanzia Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso prevista dal MODULO BASE – FORMULA GRANDI INTERVENTI, è prevista l'applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo di 1000 (mille) euro e massimo di 6.000 (seimila) euro in caso di utilizzo di Prestazioni miste e in caso di Strutture sanitarie non convenzionate.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto è rivolto a: persone fisiche che subiscano Ricovero o Day Hospital in Istituto di cura e/o che si sottopongano a Interventi Chirurgici, Visite Specialistiche e Accertamenti, Trattamenti fisioterapici in caso di Malattia, Infortunio, Parto O Aborto Terapeutico; persone giuridiche che intendano tutelare soggetti identificati nell'ipotesi di Ricovero o Day Hospital in Istituto di cura, di Interventi Chirurgici Visite Specialistiche e Accertamenti, Trattamenti fisioterapici in caso di Malattia, Infortunio, Parto o Aborto terapeutico.

In entrambi i casi è presente l'esigenza principale di protezione contro i rischi malattia/infortuni e l'ottenimento di prestazioni di assistenza.



Quali costi devo sostenere?

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali Reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, o il comportamento di UniSalute, dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (inclusi i relativi Dipendenti e Collaboratori) devono essere inoltrati per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami- Via Larga, 8- 40138 Bologna- Fax: 0517096892 , oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei Reclami disponibile sul sito www.unisalute.it . I Reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita Iva) del Reclamante, nonché la descrizione della lamentela. È possibile anche inviare il Reclamo direttamente all'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi Dipendenti o Collaboratori. Le informazioni utili per la presentazione dei Reclami sono riportate sul sito internet di UniSalute www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste. Una volta ricevuto il Reclamo, la funzione Reclami di UniSalute deve fornire riscontro al Reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il Reclamo
----------------------------------	---

	riguardi il comportamento dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi Dipendenti e Collaboratori).
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it , anche con il modello ivi disponibile.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando tramite un avvocato di fiducia un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (D.Lgs. 28/ 2010). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto-legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato irrituale: ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica possono essere demandate a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico decide in modo vincolante per le parti a maggioranza dei voti. Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Trattamento fiscale. Le aliquote delle imposte attualmente in vigore sono: 2,5% Infortuni//2,5% Malattia/10% per Assistenza.

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

Contratto di Assicurazione sanitaria

UNISALUTE SPESE MEDICHE SANICARD

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01265 / 000 / 00000 / H - Ed. 01/06/2025

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

INDICE

PRESENTAZIONE.....	5
GLOSSARIO	1
SEZIONE 1: NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	6
CONDIZIONI DI ACQUISTO DEI SINGOLI MODULI DELL'ASSICURAZIONE	6
1. TIPOLOGIE DI MODULI	6
PERSONE ASSICURATE E CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	6
2. PERSONE ASSICURATE	6
3. REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ	6
4. DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO	7
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	7
5. DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	7
6. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE	7
7. RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE	8
8. DIRITTO DI RIPENSAMENTO	8
QUANDO E COME DEVO PAGARE	9
9. DETERMINAZIONE DEL PREMIO	9
10. PAGAMENTO DEL PREMIO	10
11. FRAZIONAMENTO MENSILE DEL PREMIO TRAMITE ADDEBITO RICORRENTE	10
CHE OBBLIGHI HO	12
12. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	12
13. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO	13
14. ALTRE ASSICURAZIONI	13
ALTRE NORME	13
15. MODIFICA DELL'ASSICURAZIONE	13
16. FORO COMPETENTE	14
17. LEGISLAZIONE APPLICABILE	14
18. REGIME FISCALE	14
19. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	14
SEZIONE 2: MODULI DELL'ASSICURAZIONE	15
MODULO FORMULA COMPLETA	15
GARANZIE SPESE SANITARIE	15
COSA ASSICURA	15
20. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	15
20.1 RICOVERO	15
20.2 ALTA SPECIALIZZAZIONE	17
20.3 CURE ONCOLOGICHE	18
20.4 SECOND OPINION	18
20.5 SINDROME METABOLICA	19
20.6 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE	20
20.7 NEONATI	20
20.8 TARIFFE AGEVOLATE	20
CHE COSA NON È ASSICURATO	20
21. ESCLUSIONI	20
COME ASSICURA	21
22. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	21
23. ESTENSIONE TERRITORIALE	24
COME PERSONALIZZARE	24
24. CONDIZIONI SPECIFICHE	24
24.1 CONDIZIONE SPECIFICA "FORMULA CON FRANCHIGIA"	24
24.2 CONDIZIONE SPECIFICA "MASSIMALE UNICO PER NUCLEO FAMILIARE"	25
TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI	26
GARANZIE ASSISTENZA	28
COSA ASSICURA	28
27. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	28
27.1 PARERI MEDICI IMMEDIATI	28
27.2 INVIO DI UN MEDICO	28

27.3 RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO	28
27.4 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO	29
27.5 VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO	29
27.7 RIMPATRIO SANITARIO	29
27.6 INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO	30
27.8 INTERPRETE A DISPOSIZIONE	30
27.9 RIENTRO DI MINORI	30
27.10 RIENTRO DALL'ESTERO	30
27.11 RIENTRO ANTICIPATO	30
27.12 INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE	30
COSA NON ASSICURA	30
28. ESCLUSIONI	30
COME ASSICURA	31
29. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA	31
30. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI CONSULENZA	31
31. ESTENSIONE TERRITORIALE	31
TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI	32
MODULO FORMULA GRANDI INTERVENTI	33
GARANZIE SPESE SANITARIE	33
COSA ASSICURA	33
32. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	33
32.1 RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO E GRAVE MALATTIA	33
32.2 DIAGNOSI COMPARATIVA	35
32.3 SINDROME METABOLICA	35
32.4 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE	36
32.5 TARIFFE AGEVOLATE	36
CHE COSA NON È ASSICURATO	36
33. ESCLUSIONI	37
COME ASSICURA	38
34. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	38
35. ESTENSIONE TERRITORIALE	39
TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI	39
GARANZIE ASSISTENZA	41
COSA ASSICURA	41
36. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	41
36.1 PARERI MEDICI IMMEDIATI	41
36.2 INVIO DI UN MEDICO	41
36.3 RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO	41
36.4 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO	42
36.5 VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO	42
36.6 INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO	42
36.7 RIMPATRIO SANITARIO	42
36.8 INTERPRETE A DISPOSIZIONE	43
36.9 RIENTRO DI MINORI	43
36.10 RIENTRO DALL'ESTERO	43
36.11 RIENTRO ANTICIPATO	43
36.12 INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE	43
COSA NON ASSICURA	43
37. ESCLUSIONI	43
COME ASSICURA	44
38. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA	44
39. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI CONSULENZA	44
40. ESTENSIONE TERRITORIALE	44
TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI	45
MODULO AGGIUNTIVO GARANZIA PLUS	46
GARANZIE SPESE SANITARIE	46
COSA ASSICURA	46
41. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	46
41.2 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	46
41.3 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO	46
41.4 PREVENZIONE	47
41.5 PREVENZIONE ODONTOIATRICA	48
41.6 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	48
CHE COSA NON È ASSICURATO	48
42. ESCLUSIONI	48

COME ASSICURA	49
43. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	49
44. ESTENSIONE TERRITORIALE	50
TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI	51
SEZIONE 4: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI.....	52
45. DENUNCIA DEL SINISTRO PER LE GARANZIE "SPESE SANITARIE"	52
46. NORME SPECIFICHE PER LE GARANZIE "ASSISTENZA"	54
47. AREA TERRITORIALE SCOPERTA	54
48. PAGAMENTO DEL SINISTRO	55
49. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	55
50. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	55
51. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	55
52. INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL	
REGOLAMENTO IVASS 41/2018.....	56
ALLEGATO A: GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	57
ALLEGATO B: MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO	60
INFORMATIVA PRIVACY	62
INFORMATIVA PRIVACY	66
INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER CONTRATTI DANNI STIPULATI A DISTANZA	70
INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO	72
INFORMATIVA SUL RICORSO ALL'ARBITRO ASSICURATIVO.....	74

PRESENTAZIONE

UniSalute Spese Mediche Sanicard è la Polizza assicurativa offerta da UniSalute S.p.A. per rispondere alle Tue esigenze di protezione in ambito salute.

Come disciplinato nelle presenti Condizioni di Assicurazione, sono previsti tre Moduli:

- due Moduli base
- un Modulo aggiuntivo, quest'ultimo può essere attivato su Tua specifica scelta.

Ogni Modulo comprende un insieme di garanzie a copertura di bisogni specifici per creare la copertura più adatta alle Tue esigenze assicurative.

Di seguito troverai:

- il GLOSSARIO, dove si specifica il significato delle parole che, nelle presenti Condizioni di Assicurazione, sono contraddistinte dalla lettera maiuscola iniziale;
- la SEZIONE 1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE, che contiene le norme applicabili a tutti i Moduli;
- la SEZIONE 2 - MODULI DELL'ASSICURAZIONE, che contiene i singoli pacchetti di garanzie che puoi attivare;

Se hai stipulato l'Assicurazione, consulta la Polizza per verificare quali Moduli hai acquistato.

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

- 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:
 - ALLEGATO A: GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI;
 - ALLEGATO B: MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO;
 - INFORMATIVA PRIVACY;
 - INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER CONTRATTI DANNI STIPULATI A DISTANZA;
 - INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO;
 - INFORMATIVA SUL RICORSO ALL'ARBITRO ASSICURATIVO.

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

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

Grazie per avere scelto UniSalute!

GLOSSARIO

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

Aborto

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

Aborto terapeutico

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

Accertamento diagnostico

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

Agente

Ciascun intermediario che agisce in nome o per conto di UniSalute, iscritto nella sezione A del Registro.

Anno

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

Assicurato

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

Assicurazione

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

Assistenza

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

Banca

Ciascun intermediario che agisce in nome o per conto di una o più Imprese di Assicurazione o di riassicurazione, iscritto nella sezione D del Registro.

Broker

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

Centrale Operativa

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

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;

- fornire informazioni sull'Assicurazione, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

Contraente

La persona che stipula la Polizza.

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.

Cure termali

Trattamenti effettuati in centri/stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque termali e loro derivati a fini terapeutici.

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.

Diagnosi comparativa

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

Difetto fisico

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

Documentazione sanitaria

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

Franchigia

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

Grandi interventi chirurgici

Interventi chirurgici riportati nell'ALLEGATO A.

Gravi malattie

- Tumore maligno
- Ictus
- Infarto miocardico acuto

Le definizioni delle Malattie sopra indicate sono riportate nelle singole voci del presente Glossario.

Ictus

Inteso come emorragia o infarto cerebrale dall'esordio improvviso.

Imprese di assicurazione

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

Indennità sostitutiva

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

Indennizzo

La somma dovuta da UniSalute in caso di Sinistro.

Infarto miocardico acuto

Inteso come sindrome coronarica acuta che causa la morte o la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco.

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.

Malattia Oncologica

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna invasiva, incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkins, i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive. Sono esclusi il cancro in situ (tumore che non ha ancora invaso i tessuti dell'organo colpito) e i basaliomi.

Malformazione

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

Massimale

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

Medicinale

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

Modulo

Insieme di garanzie che coprono determinati bisogni di protezione dell'Assicurato in ambito salute. Ciascun Modulo è disciplinato da condizioni specifiche.

Modulo aggiuntivo

Ha il significato espresso all'articolo 1 – TIPOLOGIE DI MODULI.

Modulo base

Ha il significato espresso all'articolo 1 – TIPOLOGIE DI MODULI.

PEC

Posta elettronica certificata.

Periodo assicurativo

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

Periodi di carenza contrattuale

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

Polizza

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

Premio

La somma dovuta dal Contraente a UniSalute.

Presa 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.

Prestazioni miste

Prestazioni sanitarie, erogate da Strutture sanitarie convenzionate, alle quali concorrono:

- sia prestazioni sanitarie eseguite da personale medico convenzionato, ai fini dell'Assicurazione, dalle stesse Strutture sanitarie convenzionate;
- sia prestazioni sanitarie eseguite da personale medico NON convenzionato, ai fini dell'Assicurazione, dalle stesse Strutture sanitarie convenzionate.

Questionario sanitario

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

Registro

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

Ricovero

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

Rischio

La probabilità 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.

Somma assicurata

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

Struttura organizzativa

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

Struttura sanitaria convenzionata

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 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 L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

CONDIZIONI DI ACQUISTO DEI SINGOLI MODULI DELL'ASSICURAZIONE

1. TIPOLOGIE DI MODULI ¹

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

- n. 2 (due) Moduli base, ciascuno dei quali è acquistabile singolarmente o in combinazione al Modulo aggiuntivo, come specificato di seguito;
- il Modulo aggiuntivo, acquistabile solo in combinazione al Modulo Formula Completa.

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

MODULI BASE	MODULO AGGIUNTIVO
Modulo – FORMULA COMPLETA Modulo – FORMULA GRANDI INTERVENTI	Modulo – GARANZIA PLUS

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

PERSONE ASSICURATE E CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

2. PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione è prestata a favore delle persone individuate dal Contraente in Polizza come Assicurati.

Il Premio deve essere pagato per ogni Assicurato.

Ciascun Assicurato deve rispettare i requisiti indicati nei seguenti articoli "REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ".

3. REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ

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

¹ Come posso acquistare i Moduli previsti dal prodotto?

Presso una delle nostre Agenzie o altro Intermediario autorizzato.

4. DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

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

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

Il successivo Decreto del 22 marzo 2024, ha poi stabilito che per alcune patologie oncologiche si applicano termini inferiori rispetto a quelli generali sopra indicati.

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

5. DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

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

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

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

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

In tal caso la volontà di recedere va comunicata con le seguenti modalità:

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

Se la durata dell'Assicurazione è uguale o inferiore a 5 (cinque) anni, il Contraente non può recedere in anticipo dall'Assicurazione.

6. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto all'articolo "DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE", La copertura assicurativa decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto della Polizza per gli Infortuni verificatisi dopo la data di stipula dell'Assicurazione;
- del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie insorte dopo la stipula dell'Assicurazione. Per le Malattie dipendenti da gravidanza la garanzia opera a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Polizza;
- del 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le conseguenze di Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipula dell'Assicurazione, dichiarate dall'Assicurato nel Questionario sanitario ed accettate da UniSalute;
- del 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le conseguenze di Malattie non conosciute dall'Assicurato, ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula dell'Assicurazione;
- del 300° (trecentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza per il parto e l'Aborto terapeutico.

Se la presente 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 effetto della Polizza sostituita, per le prestazioni e per le Somme assicurate da quest'ultima;
- dal giorno di effetto della presente Polizza, limitatamente alle maggiori Somme assicurate ed alle diverse prestazioni da essa garantite.

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 assicurate e le diverse persone o prestazioni assicurate.

7. TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE ²

L'Assicurazione è stipulata senza tacito rinnovo, pertanto, cessa alla scadenza indicata in Polizza.

8. DIRITTO DI RIPENSAMENTO ³

Se l'Assicurazione viene acquistata tramite tecniche di comunicazione a distanza⁴ , 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:

² La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza o prosegue?

Il prodotto UniSalute Spese Mediche Sanicard prevede una copertura assicurativa "senza tacito rinnovo". Pertanto, l'Assicurazione cessa di avere efficacia alla scadenza indicata in Polizza senza bisogno di alcuna comunicazione tra le parti; ciò significa però che il Contraente e l'Assicurato devono prestare attenzione al fatto che alla scadenza si troveranno privi di copertura.

³ 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 e soltanto nel caso di vendita realizzata con tecniche di comunicazione a distanza. Pertanto, al di fuori di questa casistica, il Contraente non può esercitare il diritto di ripensamento.

⁴ Che cos'è una vendita realizzata con tecniche di comunicazione a distanza?

Si tratta dei casi in cui l'Assicurazione è acquisita a distanza, senza la presenza fisica e simultanea del Contraente e dell'Intermediario (o, comunque, di un rappresentante di UniSalute), mediante l'uso esclusivo di uno o più mezzi di comunicazione a distanza fino alla conclusione dell'Assicurazione, compresa la conclusione della Assicurazione stessa.

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

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

A seguito del recesso, il Contraente ha diritto alla restituzione del Premio pagato e non goduto entro 30 (trenta) giorni da quello in cui UniSalute o l'Intermediario che ha venduto l'Assicurazione avrà ricevuto la comunicazione di recesso, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico.

Il recesso non può essere esercitato se l'Assicurazione è stipulata a favore di un terzo, se non con il consenso del terzo stesso.

L'esercizio del diritto del recesso ha effetto obbligatoriamente rispetto a tutti i Moduli acquistati col medesimo atto di acquisto.

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

9. DETERMINAZIONE DEL PREMIO ⁵

Per ciascun Modulo che costituisce l'Assicurazione, il relativo Premio, comprensivo degli oneri fiscali, viene determinato in base:

- all'età di ciascun Assicurato al momento della sottoscrizione della Polizza;
- alla provincia di residenza di ciascun Assicurato.

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

ETÀ'	PERCENTUALE DI INCREMENTO ANNUO DEL PREMIO
Da 0 a 14 anni	0%
Tra 14 e 15 anni	11%
Tra 15 e 19 anni	3%
Tra 19 e 20 anni	14%
Da 20° anno in poi	3%

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.

⁵ **Cos'è il Premio?**

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

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

- alla Polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di settembre dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
- alla scadenza di ciascuna Annualità assicurativa si effettua il confronto fra l'indice iniziale di riferimento (o quello dell'ultimo aggiornamento) e l'indice del mese di settembre dell'anno solare precedente quello della scadenza.

Se si verifica una variazione in aumento o in diminuzione, le Somme Assicurate, i Massimali, i limiti di indennizzo espressi in cifra assoluta e i Premi vengono adeguati in proporzione;

- l'aumento o la riduzione decorrono dalla scadenza della rata annua dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

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

Eventuali modifiche del Premio non derivanti dall'indicizzazione verranno apportate solamente alla scadenza contrattuale previa comunicazione scritta all'Assicurato

10. PAGAMENTO DEL PREMIO⁶

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

- in un'unica soluzione;
- in rate mensili, 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 deve essere eseguito nel momento della stipula della Polizza.

Il pagamento del Premio frazionato in rate trimestrali, quadrimestrali e semestrali deve essere eseguito dal Contraente alle scadenze concordate presso l'eventuale Intermediario che ha venduto la Polizza oppure online, tramite i canali digitali di UniSalute (es. sito internet www.unisalute.it).

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

11. 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 prenotazione degli addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.) della Società verso il Contraente.

B.2 Mancato addebito

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

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

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

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

B.3 Rimborso degli addebiti SEPA Direct Debit Scheme Rulebook

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

C. Rinnovo dell'Assicurazione

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

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

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

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

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

Se l'Assicurazione è stipulata con tacito rinnovo:

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

D. Revoca del frazionamento mensile

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

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

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

CHE OBBLIGHI HO

12. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

UniSalute offre l'Assicurazione in base alle circostanze di Rischio dichiarate dal Contraente e/o dall'Assicurato alla stipula e risultanti dal Questionario sanitario che forma parte integrante della Polizza.

Se la dichiarazione contiene informazioni errate o incomplete UniSalute può essere indotta a sottovalutare il Rischio che, diversamente, avrebbe giudicato non assicurabile o assicurabile ad un Premio più alto. In

questo caso, se il Contraente rilascia tali informazioni errate o incomplete con dolo (cioè con coscienza e volontà) o colpa grave, UniSalute può rifiutare la liquidazione del Sinistro e chiedere l'annullamento dell'Assicurazione. Se invece il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, UniSalute può liquidare il Sinistro riducendo l'Indennizzo in proporzione al minor Premio percepito e può recedere dall'Assicurazione (ad esempio, se UniSalute ha percepito il 50% del Premio che avrebbe chiesto valutando correttamente il Rischio, liquiderà solo il 50% dell'importo del Sinistro).

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

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

- nel caso in cui il nuovo domicilio abituale sia ubicato in uno Stato nel quale UniSalute non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libera prestazione di servizi, l'Assicurazione 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 DIMINUIZIONE DEL RISCHIO", se e a quali condizioni proseguire l'Assicurazione.

13. AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta a UniSalute dei cambiamenti che aggravano il Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati da UniSalute possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi delle disposizioni dell'articolo 1898 del Codice Civile.

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

14. 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 la presente Assicurazione, 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 darne avviso a tutti gli assicuratori 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 considerato, purché le somme complessivamente ricevute non superino l'ammontare del danno.

ALTRE NORME

15. MODIFICA DELL'ASSICURAZIONE

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

16. 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.

17. LEGISLAZIONE APPLICABILE

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

18. REGIME FISCALE

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

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

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

19. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SEZIONE 2: MODULI DELL'ASSICURAZIONE

MODULO FORMULA COMPLETA

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.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

COSA ASSICURA

20. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- 1) Ricovero⁷
- 2) Alta specializzazione
- 3) Cure oncologiche
- 4) Diagnosi comparativa
- 5) Sindrome Metabolica
- 6) Ospedalizzazione domiciliare
- 7) Neonati
- 8) Tariffe agevolate

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni previste ai punti:

- 1) Ricovero
- 2) Alta Specializzazione
- 3) Cure oncologiche

è indicato in Polizza.

Qualora l'Assicurato abbia subito un Intervento Chirurgico riportato nell'elenco Grandi Interventi Chirurgici dell'ALLEGATO A "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI", il Massimale riportato in Polizza e riferito all'Art. Ricovero, si intende raddoppiato.

20.1 RICOVERO

Nei casi di:

- a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

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

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

- 1) Pre-ricovero: esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche effettuati nei 120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del Ricovero, Day-Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale **purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati**;
 - 2) Intervento Chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultanti dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;
 - 3) Assistenza medica, Medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, Medicinali, esami e Accertamenti diagnostici durante il periodo di Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di Ricovero con Intervento Chirurgico;
 - 4) Rette di Degenza: **non sono comprese in garanzia le Spese voluttuarie**;
 - 5) Accompagnatore: retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura;
 - 6) Assistenza Infermieristica individuale durante il Ricovero;
 - 7) Post-ricovero: esami e Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e Cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**) effettuati nei 120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione del Ricovero, Day-Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura;
 - 8) Trasporto sanitario: trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con un'unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di Cura, trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e rientro alla propria abitazione **con il massimo di 3.000 (tremila) euro per annualità assicurativa e per Assicurato**. La presente garanzia è prestata esclusivamente a rimborso;
 - 9) Trapianti: spese previste alla lettera a) "Ricovero in Istituto di cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale" per trapianto di organi o di parte di essi, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.
Nel caso di donazione da vivente, la garanzia copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, Intervento Chirurgico, cure, medicinali e rette di degenza. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
- b) Protesi ed Ausili Ortopedici: UniSalute provvede al rimborso delle spese sostenute nei 360 (trecentosessanta) giorni successivi ad un Sinistro verificatosi durante il periodo di validità della garanzia, per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di protesi ortopediche rese necessarie a seguito di Malattia o Infortunio che abbiano determinato un Ricovero in Istituto di cura. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, ecc.
La garanzia è prestata fino **al raggiungimento di 3.000 (tremila) euro per annualità assicurativa e per Assicurato**, esclusivamente a rimborso;
- c) Parto e aborto terapeutico
- 1) Parto cesareo: UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui alla lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale punti 1) Pre-ricovero, 2) Intervento Chirurgico, 3) Assistenza medica, medicinali, cure, 4) Rette di Degenza, 5)

Accompagnatore, 7) Post-ricovero e 8) Trasporto Sanitario **entro il limite in esso indicato**. La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di 10.000 (diecimila) euro per annualità assicurativa e per Assicurato**.

- 2) Parto non cesareo e Aborto terapeutico: UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui alla lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale punti 2) Intervento Chirurgico, 3) Assistenza medica, medicinali, cure, 4) Rette di Degenza e 8) Trasporto Sanitario **entro il limite in esso indicato**.

Relativamente alla garanzia di cui al punto 7) Post ricovero del suddetto articolo lettera a) vengono garantite esclusivamente due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto o aborto terapeutico.

La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di 3.500 (tremilacinquecento) euro per annualità assicurativa e per Assicurato**.

- d) Rimpatrio della salma: UniSalute in caso di decesso dell'Assicurato durante un Ricovero all'estero provvede al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma **fino al raggiungimento di 5.000 (cinquemila) euro per annualità assicurativa e per Assicurato**.

- e) Indennità sostitutiva: se l'Assicurato non usufruisce delle prestazioni previste ai punti 2), 3), 4), 5), 6), 8), 9), della lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale, ha diritto a **un'indennità di 100 (cento) euro per ogni giorno di Ricovero con un massimo di 100 (cento) giorni**.

UniSalute provvede comunque al rimborso delle spese previste ai punti 1) Pre-Ricovero e 7) Post-Ricovero della suddetta lettera a).

Se l'Assicurato subisce un Intervento Chirurgico riportato nell'elenco Grandi Interventi Chirurgici dell'ALLEGATO A, l'importo giornaliero dell'Indennità sostitutiva si intende raddoppiato.

L'Indennità sostitutiva non viene corrisposta al donatore in caso di Trapianto e in caso di Day-Hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

20.2 ALTA SPECIALIZZAZIONE

UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere, non connesse a Ricovero, e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuto durante l'operatività dell'Assicurazione:

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/ Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia

- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Video angiografia
- Wirsungrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia

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

La garanzia è prestata **nei limiti dello specifico Massimale indicato in Polizza per annualità assicurativa.**

20.3 CURE ONCOLOGICHE

UniSalute provvede al pagamento delle spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di Ricovero o Day-Hospital che in regime di extraricovero) nei casi di Malattia Oncologica.

Si intendono incluse in garanzia le Visite mediche specialistiche, gli Accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

La garanzia è prestata **nei limiti dello specifico Massimale indicato in Polizza per annualità assicurativa.**

20.4 DIAGNOSI COMPARATIVA

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

Per l'attivazione della garanzia l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa e concordare con il medico di UniSalute la documentazione sanitaria necessaria da inviare ai fini dell'individuazione della miglior cura della patologia.

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

- AIDS

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

20.5 SINDROME METABOLICA

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

Sindrome Metabolica “non conclamata”

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

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

Sindrome Metabolica “conclamata”

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

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

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

- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale

- Glicemia
- Trigliceridi

La garanzia opera una sola volta per annualità assicurativa e in un'unica soluzione.

20.6 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 120 (centoventi) giorni successivi alla data di dimissioni, a seguito di un Ricovero indennizzabile a termini di Polizza.

UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di 5.000 (cinquemila) euro per annualità assicurativa e per persona.**

20.7 NEONATI

Nei primi 60 (sessanta) giorni di vita i neonati sono assicurati per le identiche garanzie e Somme assicurate previste per la madre **sempreché il parto sia indennizzabile ai termini di Polizza.** Per i neonati sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di Malformazioni e di Difetti fisici.

20.8 TARIFFE AGEVOLATE

UniSalute garantisce all'Assicurato l'applicazione di tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie erogate attraverso le Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

La garanzia si intende operante in caso di esaurimento del Massimale dedicato per le prestazioni garantite in Polizza, sia in caso di prestazioni non espressamente previste o escluse in Polizza.

Resta inteso che l'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa per effettuare la prenotazione della prestazione, al fine di ottenere l'autorizzazione all'utilizzo delle tariffe agevolate.

Il costo di queste prestazioni si intende totalmente a carico dell'Assicurato.

La garanzia opera in Italia.

CHE COSA NON È ASSICURATO

21. ESCLUSIONI

L'Assicurazione non opera per:

- a) le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati prima della stipula dell'Assicurazione e non dichiarati a UniSalute o non evidenziati nel Questionario sanitario con dolo o colpa grave;
- b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, salvo quelli di cui l'Assicurato è portatore non consapevole; 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 disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- d) le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- e) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;

- f) le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
- g) le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- h) l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
- i) gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
- j) le prestazioni con finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- k) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure sperimentali;
- l) le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- m) le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura;
- n) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto dal Modulo Aggiuntivo Garanzia Plus lettere d) ed e) e quando non siano rese necessarie da Infortunio documentato;
- o) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- p) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- q) i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- r) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
- s) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

COME ASSICURA

22. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

Garanzia "Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale"

UniSalute copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:

- Le Strutture sanitarie convenzionate
- Le Strutture sanitarie non convenzionate
- Il Servizio Sanitario Nazionale

a) nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie convenzionate**:

- UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre ricovero e 7) Post ricovero dell'articolo "Ricovero", lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale;

Posto quanto previsto nella Sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI" relativamente alle prestazioni eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata, in caso di **Prestazioni miste**:

- alle prestazioni eseguite dal personale medico convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella presente lettera a);
- alle prestazioni eseguite dal personale medico NON convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella successiva lettera b) per le Strutture sanitarie non convenzionate.

b) nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie non convenzionate**:

UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese sostenute **con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% (venti) con un minimo di 1.000 (mille) euro ed un massimo di 6.000 (seimila) euro a carico dell'Assicurato;**

c) nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale** o convenzionate con esso in regime di *intramoenia*:

UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese eccedenti riconosciute e sostenute in proprio;

Garanzia "Parto e Aborto Terapeutico"

UniSalute copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:

- Le Strutture sanitarie convenzionate
- Le Strutture sanitarie non convenzionate

a) nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie convenzionate** UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata e all'Personale medico convenzionato l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute;

Posto quanto previsto nella Sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI" relativamente alle prestazioni eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata, in caso di **Prestazioni miste**:

- alle prestazioni eseguite dal personale medico convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella presente lettera a);
- alle prestazioni eseguite dal personale medico NON convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella successiva lettera b) per le Strutture sanitarie non convenzionate.

b) nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie non convenzionate**, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio.

Garanzia "Alta Specializzazione"

UniSalute copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:

- Le Strutture sanitarie convenzionate
- Le Strutture sanitarie non convenzionate

- Il Servizio sanitario nazionale
- a) nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie convenzionate** UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata le spese per le prestazioni erogate;
- b) nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie non convenzionate** UniSalute rimborsa le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato **con l'applicazione di uno Scoperto del 20% (venti) con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro, per ogni prestazione/accertamento o ciclo di terapia;**
- c) nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale** o convenzionate con esso UniSalute rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Garanzia "Cure Oncologiche"

UniSalute copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:

- Le Strutture sanitarie convenzionate
 - Le Strutture sanitarie non convenzionate
 - Il Servizio sanitario nazionale
- a) nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie convenzionate** UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata e all'Personale medico convenzionato l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute;
- Posto quanto previsto nella Sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI" relativamente alle prestazioni eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata, in caso di **Prestazioni miste**:
- alle prestazioni eseguite dal personale medico convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella presente lettera a);
 - alle prestazioni eseguite dal personale medico NON convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella successiva lettera b) per le Strutture sanitarie non convenzionate.
- b) nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie non convenzionate** UniSalute rimborsa le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato **con l'applicazione di uno Scoperto del 20% (venti) con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni visita specialistica, prestazione/Accertamento Diagnostico o ciclo di terapia;**
- c) nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale** o convenzionate con esso UniSalute rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Garanzia "Sindrome metabolica"

L'Assicurato deve pertanto rivolgersi a una delle Strutture Sanitarie Convenzionate⁸, previa prenotazione presso la Centrale Operativa.

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

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

- a) nel caso in cui risulti che l'Assicurato non si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica, a comunicare semplicemente l'esito della verifica tramite e-mail;
- b) nel caso in cui risulti che l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", a comunicargli l'esito delle valutazioni tramite e-mail e a mettergli a disposizione le relative informazioni

⁸ **Come faccio a sapere quali sono le Strutture sanitarie convenzionate?**

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

sull'area riservata accessibile tramite username e password. In tal caso all'Assicurato verranno fornite alcune indicazioni utili a consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione etc.;

l'Assicurato potrà inoltre autorizzare UniSalute a contattarlo (via e-mail e/o sms) periodicamente per compiere delle verifiche sull'effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica on-line personale in cui egli potrà registrare questi parametri. La presente garanzia verrà prestata per 2 (due) anni, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

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

Garanzia "Ospedalizzazione domiciliare"

La presente garanzia viene erogata esclusivamente mediante l'utilizzo della rete convenzionata UniSalute.

Garanzia "Tariffe agevolate"

La presente garanzia viene erogata per tutte le prestazioni sanitarie erogate attraverso le Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

23. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

COME PERSONALIZZARE

24. CONDIZIONI SPECIFICHE

Il Contraente può scegliere di acquistare l'Assicurazione alle condizioni specifiche di seguito proposte; **le condizioni operano solo se indicate in Polizza e comportano una riduzione del Premio.**

24.1 CONDIZIONE SPECIFICA "FORMULA CON FRANCHIGIA"

Franchigia su Ricoveri, Day Hospital e Interventi Chirurgici Ambulatoriali in Istituto di Cura.

UniSalute nei limiti e modalità sottoindicati, provvede:

- a) nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate, **previa deduzione della Franchigia di 1.500 (millecinquecento) euro per ogni Ricovero, Day-Hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale**
- a pagare direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata e all'Personale medico convenzionato l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre ricovero e 7) Post ricovero dell'articolo "Ricovero", lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale;

nel caso di utilizzo di **Prestazioni miste, previa deduzione della Franchigia di 1.500 (millecinquecento) euro per ogni Ricovero, Day hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale**

- a pagare direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute per il personale medico non convenzionato, **con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% (venti) con un minimo di 1.000 (mille euro ed un massimo di 4.500 (quattromilacinquecento) euro a carico dell'Assicurato;**
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre ricovero e 7) Post ricovero dell'articolo "Ricovero", lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- b) nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate, a rimborsare all'Assicurato le spese riconosciute e dallo stesso sostenute **con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% (venti) con un minimo di 3.000 (tremila) euro ed un massimo di 6.000 (seimila) euro a carico dell'Assicurato;**
- c) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso in regime di intramoenia, a rimborsare all'Assicurato, **previa deduzione della Franchigia di 1.500 (millecinquecento) euro per ogni Ricovero, Day hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale,** le spese eccedenti riconosciute e sostenute in proprio;

24.2 CONDIZIONE SPECIFICA "MASSIMALE UNICO PER NUCLEO FAMILIARE"

I Massimali indicati in Polizza devono intendersi prestati per gli Assicurati appartenenti al medesimo nucleo familiare e **costituiscono la massima esposizione di UniSalute per uno o più Sinistri verificatisi nel corso della stessa annualità assicurativa.**

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

Garanzia base	Limiti / Sottolimiti	Modalità di liquidazione			
		Strutture sanitarie convenzionate	Prestazioni miste	Strutture sanitarie non convenzionate	SSN o centri convenzionati con esso
Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale (Massimale indicato in Polizza)	<p>Pre-ricovero massimo 120 (centoventi) giorni</p> <p>Post-ricovero massimo (centoventi) 120 giorni</p> <p>Trasporto Sanitario 3.000 (tremila) euro per annualità assicurativa e persona</p> <p>Protesi ed Ausili Ortopedici 3.000 (tremila) euro per annualità assicurativa e persona</p> <p>Rimpatrio della salma 5.000 (cinquemila) euro per annualità assicurativa e persona</p> <p>Indennità sostitutiva 100 (cento) euro al giorno massimo 100 (cento) giorni</p>	<p>Pagamento diretto spese</p> <p>Rimborso delle spese Pre e Post-ricovero</p>	<p>Struttura convenzionata pagamento diretto spese</p> <p>Personale medico non convenzionato: rimborso delle spese, scoperto 20% (venti) minimo 1.000 (mille) euro massimo 6.000 (seimila) euro</p> <p>Rimborso delle spese Pre e Post-ricovero</p>	<p>Rimborso delle spese, Scoperto 20% (venti) minimo 1.000 (mille) euro massimo 6.000 (seimila) euro</p>	Rimborso delle spese sostenute in proprio
Parto e aborto terapeutico	<p>Parto cesareo 10.000 (diecimila) euro per annualità assicurativa e persona</p> <p>Parto non cesareo e aborto 3.500 (tremilacinquecento) euro per annualità assicurativa e persona</p>	Pagamento diretto spese	Rimborso delle spese		Rimborso delle spese sostenute in proprio
Alta specializzazione (Massimale indicato in Polizza)	-	Pagamento diretto spese	-	Rimborso con scoperto del 20% (venti) minimo 60 (sessanta) euro	Rimborso ticket sanitario
Cure Oncologiche (Massimale indicato in Polizza)	-	Pagamento diretto spese	Rimborso delle spese, scoperto 20% (venti) minimo 60 (sessanta) euro		Rimborso ticket sanitario

Ospedalizzazione domiciliare	5.000 (cinquemila) euro per annualità assicurativa e persona, massimo 120 (centoventi) giorni	Pagamento diretto spese	-	-	-
------------------------------	---	-------------------------	---	---	---

Condizione specifica	Limiti / Sottolimiti	Modalità di liquidazione			
		Strutture sanitarie convenzionate	Prestazioni miste	Strutture sanitarie non convenzionate	SSN o centri convenzionati con esso
Franchigia 1.500 (millecinquecento) euro	-	Pagamento diretto delle spese	<p>Struttura convenzionata pagamento diretto spese</p> <p>Personale medico non convenzionato: Rimborso delle spese, scoperto 20% (venti) minimo 1.000 (mille) euro massimo 4.500 (quattromilacinquecento) euro</p> <p>Rimborso delle spese Pre e Post Ricovero</p>	Rimborso delle spese, scoperto 20% (venti) minimo 3.000 (tremila) euro massimo 6.000 (seimila) euro	Rimborso delle spese sostenute in proprio

GARANZIE ASSISTENZA

COSA ASSICURA

27. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Prestazioni di Assistenza

In Italia

- Pareri medici immediati
- Invio di un medico
- Rientro dal Ricovero di primo soccorso
- Trasferimento in centro medico specializzato

All'estero

- Viaggio di un familiare all'estero
- Invio di Medicinali urgenti all'estero
- Rimpatrio sanitario
- Interprete a disposizione
- Rientro di minori
- Rientro dall'estero
- Rientro anticipato

Servizio di consulenza:

- Informazioni sanitarie telefoniche.

27.1 PARERI MEDICI IMMEDIATI

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

27.2 INVIO DI UN MEDICO

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

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

27.3 RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO

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

27.4 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia improvvisa, è affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Struttura Organizzativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della sua Regione di residenza e i medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrano giustificati motivi per il suo trasferimento, la Struttura Organizzativa provvede ad organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra quelli sotto elencati:

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Struttura Organizzativa.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

27.5 VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO

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

27.7 RIMPATRIO SANITARIO

Se l'Assicurato si trova all'estero e, in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa, **le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto**, rendono necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Centrale Operativa provvede ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, **con i mezzi che i medici della stessa ritengono più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:**

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

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

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

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

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

27.6 INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO

Se, in conseguenza di Malattia o di Infortunio, l'Assicurato necessita per la Terapia medica del caso di **Medicinali irreperibili sul posto (semprech  siano commercializzati in Italia)**, la Centrale Operativa provvede ad inviarli con il mezzo di trasporto pi  rapido, **compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei Medicinali**, tenendo a proprio carico le spese relative.

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

27.8 INTERPRETE A DISPOSIZIONE

Se l'Assicurato, a seguito di ricovero ospedaliero all'estero, trova difficolt  a comunicare nella lingua locale con i medici curanti, la struttura organizzativa provvede ad inviare un interprete, tenendo a proprio carico le spese relative **fino ad un massimo di 8 (otto) ore lavorative per evento e per annualit  assicurativa.**

27.9 RIENTRO DI MINORI

Se i figli minori di 15 (quindici) anni dell'Assicurato si trovano senza un accompagnatore maggiorenne a seguito del Ricovero dell'Assicurato all'estero, la Struttura Organizzativa provvede ad organizzarne il rientro al domicilio dell'Assicurato. UniSalute tiene a proprio carico le relative spese **fino al raggiungimento di 500 (cinquecento) euro per Sinistro.**

27.10 RIENTRO DALL'ESTERO

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

27.11 RIENTRO ANTICIPATO

La Struttura Organizzativa provvede ad organizzare il rientro anticipato dell'Assicurato alla sua abitazione, in caso di pericolo di vita del coniuge, figlio/a, fratello/sorella, genitore, suocero/a, genero/nuora dell'Assicurato stesso. Il costo del biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (qualsiasi classe)   a carico di UniSalute.

27.12 INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attivit  sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

COSA NON ASSICURA

28. ESCLUSIONI

La Centrale Operativa non fornisce:

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

Inoltre, UniSalute:

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

COME ASSICURA

29. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

UniSalute eroga le prestazioni di Assistenza sopra esposte attraverso la propria rete convenzionata.

L'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-212477** attivo 24 ore su 24, dall'Estero al numero **+39 051-4161781**.

30. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI CONSULENZA

I servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009929** dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi.

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

31. ESTENSIONE TERRITORIALE

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

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

Garanzia base	Limiti / Sottolimiti	Franchigie e/o Scoperti
Rientro dal Ricovero di primo soccorso	Importo pari a quello necessario per compiere un percorso di 300 Km per evento	-
Viaggio di un familiare all'estero	Spese di soggiorno fino ad un massimo di € 100 per sinistro	-
Interprete a disposizione	Fino ad un massimo di 8 ore lavorative per evento/annualità assicurativa	-
Rientro figli minori	Fino a € 500 per Sinistro	Se minore di 15 anni

MODULO FORMULA GRANDI INTERVENTI

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.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

COSA ASSICURA

32. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

1) Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso ^{9 10}

Si intendono inoltre sempre operanti le seguenti garanzie:

- Second Opinion
- Sindrome Metabolica
- Ospedalizzazione Domiciliare
- Tariffe agevolate

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni previste per la Sezione Spese Sanitarie Formula Grandi Interventi è indicato in Polizza.

32.1 RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO E GRAVE MALATTIA

Nei casi di:

- a) Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Malattia UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:
- 1) Pre-ricovero: esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche effettuati nei 120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital, **purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati**;

⁹ Come faccio a sapere quali sono i Grandi Interventi Chirurgici e le Gravi malattie oggetto della copertura assicurativa?

Tutti gli interventi chirurgici e le patologie rientranti in questa copertura sono riportati nell'ALLEGATO A delle Condizioni di assicurazione.

¹⁰ Per poter usufruire della copertura assicurativa il mio Ricovero deve avvenire obbligatoriamente presso un Istituto di Cura convenzionato con UniSalute?

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

- 2) Intervento Chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultanti dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;
 - 3) Assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e grave evento morboso. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di Ricovero con Intervento Chirurgico;
 - 4) Rette di Degenza: non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
 - 5) Accompagnatore: retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura;
 - 6) Assistenza Infermieristica individuale durante il Ricovero;
 - 7) Post-ricovero: esami e Accertamenti diagnostici, Medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura;
 - 8) Trasporto Sanitario: trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con un'unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di Cura, trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e rientro alla propria abitazione **con il massimo di 3.000 (tremila) euro per annualità assicurativa e per persona**. La presente garanzia è prestata esclusivamente a rimborso;
 - 9) Trapianti: spese previste alla lettera a) Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso per trapianto di organi o di parte di essi, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.
Nel caso di donazione da vivente, la garanzia copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, Intervento Chirurgico, cure, medicinali e rette di degenza. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
- b) Protesi ed Ausili Ortopedici UniSalute provvede al il rimborso delle spese sostenute nei 360 giorni successivi ad un Sinistro verificatosi durante il periodo di validità della garanzia, per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di protesi ortopediche rese necessarie a seguito di Malattia o Infortunio che abbiano determinato un Ricovero in Istituto di cura. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, ecc.
La garanzia è prestata fino al raggiungimento di 3.000 (tremila) euro per annualità assicurativa e per persona,esclusivamente a rimborso;
- c) Indennità sostitutiva, l'Assicurato qualora non usufruisca delle prestazioni previste ai punti 2), 3), 4), 5), 6), 8) e 9) del presente articolo lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso avrà diritto **ad una indennità di 150 (centocinquanta) euro per ogni giorno di Ricovero con un massimo di 100 giorni**.
UniSalute provvederà comunque al rimborso delle spese previste ai punti 1) Pre-Ricovero e 7) Post-Ricovero del suddetto articolo lettera a).
L'Indennità sostitutiva non verrà corrisposta al donatore in caso di Trapianto e in caso di Day-Hospital.

32.2 DIAGNOSI COMPARATIVA

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

Per l'attivazione della garanzia l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa e concordare con il medico di UniSalute la documentazione sanitaria necessaria da inviare ai fini dell'individuazione della miglior cura della patologia.

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

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

32.3 SINDROME METABOLICA

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

Sindrome Metabolica "non conclamata"

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

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

Sindrome Metabolica "conclamata"

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

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

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

- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Glicemia
- Trigliceridi

La garanzia opera una sola volta per annualità assicurativa e in un'unica soluzione.

32.4 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 120 (centoventi) giorno successivo alla data di dimissioni, a seguito di un Ricovero indennizzabile a termini di Polizza.

UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di 5.000 (cinquemila) euro per annualità assicurativa e per Assicurato.**

32.5 TARIFFE AGEVOLATE ¹¹

UniSalute garantisce all'Assicurato l'applicazione di tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie erogate attraverso le Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

La garanzia si intende operante sia in caso di esaurimento del Massimale dedicato per le prestazioni garantite in Polizza, sia in caso di prestazioni non espressamente previste o escluse in Polizza.

Resta inteso che l'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa per effettuare la prenotazione della prestazione, al fine di ottenere l'autorizzazione all'utilizzo delle tariffe agevolate.

Il costo di queste prestazioni si intende totalmente a carico dell'Assicurato.

La garanzia è operante in Italia.

CHE COSA NON È ASSICURATO

¹¹ Posso usufruire di condizioni particolari se mi rivolgo a strutture sanitarie convenzionate con UniSalute anche per prestazioni non incluse nella mia copertura assicurativa?

Sì, contattando preventivamente la Centrale Operativa, collegandosi al sito www.unisalute.it o tramite App, potrà prenotare la prestazione e vedersi applicata la tariffa agevolata prevista per chi è assicurato con il prodotto UniSalute Spese Mediche Sanicard.

33. ESCLUSIONI

L'Assicurazione non opera per:

- a) le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati prima della stipula dell'Assicurazione non dichiarati a UniSalute o non evidenziati nel Questionario anamnestico con dolo o colpa grave;
- b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, salvo quelli di cui l'Assicurato è portatore non consapevole; 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 disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- d) le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- e) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
- f) le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
- g) le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- h) l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
- i) gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
- j) le prestazioni con finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di Infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di Polizza);
- k) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure sperimentali;
- l) le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i Ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- m) le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura;
- n) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto dal Modulo aggiuntivo Garanzia Plus lettere d) ed e) e quando non siano rese necessarie da Infortunio documentato;
- o) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- p) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- q) i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- r) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
- s) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

COME ASSICURA

34. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

Garanzia "Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale"

UniSalute copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:

- Le Strutture sanitarie convenzionate
- Le Strutture sanitarie non convenzionate
- Il Servizio sanitario nazionale

a) nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie convenzionate**:

- a pagare direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre ricovero e 7) Post ricovero dell'articolo - Ricovero per Grande Intervento e Grave Evento Morboso, lettera a) Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso;

b) nel caso di utilizzo di **Prestazioni miste**:

- a pagare direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute per il personale medico non convenzionato con **l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo di 1.000 (mille) euro ed un massimo di 6.000 (seimila) euro a carico dell'Assicurato**;
- a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre ricovero e 7) Post ricovero dell'articolo - Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso, lettera a) Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso;

c) nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie non convenzionate**, a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute **con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo di 1.000 (mille) euro ed un massimo di 6.000 (seimila) euro a carico dell'Assicurato**.

d) nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale** o convenzionate con esso con esso in regime di intramoenia, a rimborsare all'Assicurato le spese eccedenti riconosciute e sostenute in proprio;

Garanzia "Sindrome metabolica"

L'Assicurato deve pertanto rivolgersi a uno dei Strutture Sanitarie Convenzionate, previa prenotazione presso la Centrale Operativa.

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

A questo punto a seguito della valutazione dei dati contenuti nel questionario, provvede:

- a) nel caso in cui risulti che l'Assicurato non si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica, a comunicare semplicemente l'esito della verifica tramite e-mail;
- b) nel caso in cui risulti che l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", a comunicargli l'esito delle valutazioni tramite e-mail ed a mettergli a disposizione le relative informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. In tal caso all'Assicurato verranno fornite alcune indicazioni utili a consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione etc.;

l'Assicurato potrà inoltre autorizzare la Società a contattarlo (via e-mail e/o sms) periodicamente per compiere delle verifiche sull'effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica on-line personale in cui egli potrà registrare questi parametri. La presente garanzia verrà prestata per due anni, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

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

Garanzia "Ospedalizzazione domiciliare"

La presente garanzia viene erogata esclusivamente mediante l'utilizzo della rete convenzionata UniSalute.

Garanzia "Tariffe agevolate"

La presente garanzia viene erogata per tutte le prestazioni sanitarie erogate attraverso le Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

35. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

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

Garanzia base	Limiti / Sottolimiti	Modalità di liquidazione			
		Strutture sanitarie convenzionate	Prestazioni miste	Strutture sanitarie non convenzionate	SSN o centri convenzionati con esso

Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale (Massimale indicato in Polizza)	<p>Pre-ricovero massimo 120 giorni</p> <p>Post-ricovero massimo 120 giorni</p> <p>Trasporto Sanitario 3.000 (tremila) euro per annualità assicurativa e persona</p> <p>Protesi ed Ausili Ortopedici 3.000 (tremila) euro per annualità assicurativa e persona</p> <p>Indennità sostitutiva 150 (centocinquanta) euro per Grande Intervento al giorno massimo 100 giorni</p>	<p>Pagamento diretto spese</p> <p>Rimborso delle spese Pre e Post-ricovero</p>	<p>Struttura convenzionata pagamento diretto spese</p> <p>Personale medico non convenzionato: rimborso delle spese, scoperto 20% minimo 1.000 (mille) euro massimo 6.000 (seimila) euro</p> <p>Rimborso delle spese Pre e Post-ricovero</p>	<p>Rimborso delle spese, Scoperto 20% minimo 1.000 (mille) euro massimo 6.000 (seimila) euro</p>	<p>Rimborso delle spese sostenute in proprio</p>
Ospedalizzazione domiciliare	<p>5.000 (cinquemila) euro per annualità assicurativa e persona, massimo 120 giorni</p>	<p>Pagamento diretto spese</p>	-	-	-

GARANZIE ASSISTENZA

COSA ASSICURA

36. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Prestazioni di Assistenza

In Italia

- Pareri medici immediati
- Invio di un medico
- Rientro dal Ricovero di primo soccorso
- Trasferimento in centro medico specializzato

All'estero

- Viaggio di un familiare all'estero
- Invio di Medicinali urgenti all'estero
- Rimpatrio sanitario
- Interprete a disposizione
- Rientro di minori
- Rientro dall'estero
- Rientro anticipato

Servizi di consulenza

- Informazioni sanitarie telefoniche

36.1 PARERI MEDICI IMMEDIATI

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

36.2 INVIO DI UN MEDICO

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

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

36.3 RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO

Nel caso in cui, in conseguenza di Infortunio o di Malattia, l'Assicurato necessita di trasporto in autoambulanza, successivamente al Ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invia direttamente

un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel **limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 (trecento) km per evento.**

36.4 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO

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

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Struttura Organizzativa.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

36.5 VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO

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

36.6 INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO

Se, in conseguenza di Malattia o di Infortunio, **l'Assicurato necessita per la Terapia medica del caso di Medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzati in Italia)**, la Centrale Operativa provvede ad inviarli con il mezzo di trasporto più rapido, **compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei Medicinali**, tenendo a proprio carico le spese relative.

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

36.7 RIMPATRIO SANITARIO

Se l'Assicurato si trova all'estero e, in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa, **le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto**, rendono necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Centrale Operativa provvede ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, **con i mezzi che i medici della stessa ritengono più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:**

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

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

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

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

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

36.8 INTERPRETE A DISPOSIZIONE

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

36.9 RIENTRO DI MINORI

Nel caso in cui i figli minori di 15 (quindici) anni dell'Assicurato si trovino senza un accompagnatore maggiorenne a seguito del Ricovero dell'Assicurato all'estero, la Struttura organizzativa provvederà ad organizzarne il rientro al domicilio dell'Assicurato. UniSalute tiene a proprio carico le relative spese **fino al raggiungimento di 500 (cinquecento) euro per Sinistro.**

36.10 RIENTRO DALL'ESTERO

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

36.11 RIENTRO ANTICIPATO

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

36.12 INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni

COSA NON ASSICURA

37. ESCLUSIONI

La Centrale Operativa **non** fornisce:

- a) le Prestazioni di Assistenza non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà;

- b) alcun aiuto in alternativa, nemmeno a titolo di compensazione con quanto non goduto, se l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisce o usufruisce solo parzialmente delle Prestazioni di Assistenza.

COME ASSICURA

38. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

UniSalute eroga le prestazioni di Assistenza sopra esposte attraverso la propria rete convenzionata.

L'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-212477** attivo 24 ore su 24, dall'Estero al numero **+39 051-4161781**.

39. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI CONSULENZA

I servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009929** dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi.

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

40. ESTENSIONE TERRITORIALE

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

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

Garanzia base	Limiti / Sottolimiti	Franchigie e/o Scoperti
Rientro dal Ricovero di primo soccorso	Importo pari a quello necessario per compiere un percorso di 300 (trecento) Km per evento	-
Viaggio di un familiare all'estero	Spese di soggiorno fino ad un massimo di 100 (cento) euro per sinistro	-
Interprete a disposizione	Fino ad un massimo di 8 (otto) ore lavorative per evento/annualità assicurativa	-
Rientro figli minori	Fino a 500 (cinquecento) euro per Sinistro	Se minore di 15 (quindici) anni

MODULO AGGIUNTIVO GARANZIA PLUS

Acquistabile in abbinamento al Modulo Formula Completa

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.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

COSA ASSICURA

41. 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:

- Visite mediche specialistiche e Accertamenti Diagnostici;
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di Infortunio;
- Prevenzione;
- Prevenzione Odontoiatrica;
- Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero

41.2 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

UniSalute provvede al pagamento, entro i Massimali e nei limiti sottoindicati, delle spese per le Visite mediche specialistiche e gli Accertamenti Diagnostici non connesse a Ricovero e conseguenti a Malattia (presunta o accertata) o Infortunio avvenuto durante l'operatività della Polizza, con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e degli 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.

Relativamente Visite mediche specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di 5.000 (cinquemila) euro per Assicurato e per annualità assicurativa.**

41.3 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO

UniSalute provvede al pagamento, entro i Massimali e nei limiti sottoindicati, delle spese per i Trattamenti Fisioterapici a seguito di Infortunio ed esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente all'Infortunio denunciato e siano effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di 350 (trecentocinquanta) euro per Assicurato e per annualità assicurativa.**

41.4 PREVENZIONE¹²

UniSalute provvede al pagamento, entro i Massimali e nei limiti sottoindicati, delle spese per le prestazioni sottoelencate effettuate esclusivamente in Strutture Sanitarie Convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione.

Prestazioni previste per gli uomini

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

Prestazioni previste per le donne

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

La garanzia opera una sola volta per annualità assicurativa e in un'unica soluzione.

Le prestazioni si intendono riconosciute indipendentemente dall'esistenza di stati patologici.

¹² Per utilizzare le prestazioni di prevenzione è necessario che io abbia sofferto o soffra tuttora di una patologia?

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

41.5 PREVENZIONE ODONTOIATRICA

UniSalute provvede al pagamento, entro i Massimali e nei limiti sottoindicati, delle spese per le prestazioni sottoelencate effettuate esclusivamente in Strutture Sanitarie Convenzionati indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione:

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale. La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di 60 (sessanta) euro per Assicurato**;
- Visita specialistica odontoiatrica.

La garanzia opera una sola volta per annualità assicurativa.

41.6 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

UniSalute provvede al pagamento, entro i Massimali e nei limiti sottoindicati, delle spese per gli interventi chirurgici odontoiatrici compresi gli eventuali successivi interventi di implantologia dentale, conseguenti alle patologie sottoelencate:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

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

La documentazione medica necessaria per ottenere la liquidazione delle spese consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso e ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma e odontoma.

La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di 1.500 (millecinquecento) euro per annualità assicurativa e per Assicurato**.

CHE COSA NON È ASSICURATO

42. ESCLUSIONI

L'Assicurazione non opera per:

- a) le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione e non dichiarati a UniSalute o non evidenziati nel Questionario sanitario con dolo o colpa grave;
- b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, salvo quelli di cui l'Assicurato è portatore non consapevole; 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 disturbi psichici n genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- d) le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- e) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;

- f) le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
- g) le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- h) l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
- i) gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
- j) le prestazioni con finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- k) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure sperimentali;
- l) le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- m) le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di cura;
- n) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto nel Modulo aggiuntivo Garanzia Plus lettere d) ed e) e quando non siano rese necessarie da Infortunio documentato;
- o) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- p) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- q) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- r) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
- s) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

COME ASSICURA

43. MODALITA DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

UniSalute eroga le prestazioni sopra esposte attraverso la propria rete convenzionata o rimborsando le spese sostenute dall'Assicurato.

Garanzia "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici"

UniSalute copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:

- Le Strutture sanitarie convenzionate
- Le Strutture sanitarie non convenzionate
- Il Servizio sanitario nazionale

- a) nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie convenzionate** UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata le spese per le prestazioni erogate;
- b) nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie non convenzionate** UniSalute rimborsa le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato **con l'applicazione di uno Scoperto del 20% (venti) con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni prestazione/accertamento;**
- c) nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale** o convenzionate con esso UniSalute rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Garanzia "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di Infortunio"

UniSalute copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:

- Le Strutture sanitarie convenzionate
 - Le Strutture sanitarie non convenzionate
 - Il Servizio sanitario nazionale
- a) nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie convenzionate** UniSalute paga direttamente le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato;
 - b) nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie non convenzionate** UniSalute rimborsa, previa valutazione del programma medico/riabilitativo, le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato **con l'applicazione di uno Scoperto del 20% (venti) con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni fattura;**
 - c) nel caso di utilizzo di strutture del **Servizio Sanitario Nazionale** o convenzionate con esso UniSalute rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Garanzia "Prevenzione, Prevenzione odontoiatrica e Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero"

UniSalute copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate

UniSalute paga direttamente alla **Struttura sanitaria convenzionata** l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute.

44. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Garanzia Plus	Limiti / Sottolimiti	Modalità di liquidazione			
		Strutture sanitarie convenzionate	Prestazioni miste	Strutture sanitarie non convenzionate	SSN o centri convenzionati con esso
Visite specialistiche e Accertamenti Diagnostici	5.000 (cinquemila) euro per annualità assicurativa e persona	Pagamento diretto spese	-	Rimborso delle spese, scoperto 20% (venti) minimo 60 (sessanta) euro	Rimborso ticket sanitario
Trattamenti fisioterapici	350 (trecentocinquanta) euro per annualità assicurativa e persona	Pagamento diretto spese	-	Rimborso delle spese, scoperto 20% (venti) minimo 60 (sessanta) euro	Rimborso ticket sanitario
Prevenzione odontoiatrica	60 (sessanta) euro per annualità assicurativa e persona	Pagamento diretto spese	-	-	-
Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero	1.500 (millecinquecento) euro per annualità assicurativa e persona	Pagamento diretto spese	-	-	Rimborso ticket sanitario

SEZIONE 4: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

45. DENUNCIA DEL SINISTRO PER LE GARANZIE "SPESE SANITARIE"

Sono previste le seguenti 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 gratuito 800-009929 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 0516389046)**.

In caso di:

- **Ricovero, Day Hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale;**
- **Ospedalizzazione domiciliare.**

L'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della documentazione necessaria.

In caso di Diagnosi comparativa: L'Assicurato può sottoporre i responsi ricevuti dai propri medici curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, alla verifica da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche, contattando direttamente la Centrale Operativa di UniSalute attraverso il numero verde **800-009929**. In tal modo l'Assicurato è tempestivamente informato della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato deve inviare a UniSalute la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la Diagnosi comparativa. Tale documentazione viene poi inoltrata da UniSalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione di un terapeuta italiano o estero esperto in quella specifica patologia.

UniSalute esamina la documentazione ricevuta e, in caso di valutazione positiva, invia alla Struttura sanitaria convenzionata la Presa in carico relativa alle prestazioni che rientrano in copertura. La Presa in carico ha valore entro i limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei Massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Assicurato deve presentare alla Struttura sanitaria convenzionata un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la lettera di impegno.

UniSalute provvede, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata le competenze per le prestazioni previste nella Presa in carico. A tal fine l'Assicurato delega UniSalute a pagare alla Struttura sanitaria convenzionata le prestazioni sanitarie coperte dall'Assicurazione.

La Struttura sanitaria convenzionata non può richiedere all'Assicurato il pagamento delle prestazioni oggetto della Presa in Carico, né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa. **La Struttura sanitaria**

convenzionata può soltanto richiedere all'Assicurato il pagamento di quanto rimasto a suo carico (es. prestazioni non coperte dall'Assicurazione o eccedenti i Massimali previsti, Franchigie, Scoperti, etc.).

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

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 utilizzare l'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 inviando a UniSalute la documentazione richiesta tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), al seguente indirizzo: **UniSalute – Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 – 40138 Bologna**.

La documentazione cartacea da inviare tramite servizio postale è la seguente:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte (Allegato D);
- documentazione specifica indicata nelle singole garanzie;
- 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**.

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 fruitive dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano,

gli importi in valuta estera sono 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 viene 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.

3. **Sinistri relativi a prestazioni di natura indennitaria**

Per richiedere l'erogazione delle somme assicurate, l'Assicurato può utilizzare alternativamente:

- la funzione disponibile sul sito **www.unisalute.it** – Area Clienti e caricare i documenti in formato elettronico oppure utilizzare la app **UniSalute Up**, caricando la foto dei documenti richiesti;
- servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), all'indirizzo **"UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga, 8 – 40138 Bologna"** inviando la documentazione cartacea dei documenti.

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.

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.

46. NORME SPECIFICHE PER LE GARANZIE "ASSISTENZA"

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

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

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

47. AREA TERRITORIALE SCOPERTA

Se l'Assicurato risiede alternativamente:

- **ad una distanza superiore a 20 (venti) km dalla Struttura sanitaria convenzionata più vicina;**
- **in una provincia diversa dalla Struttura sanitaria convenzionata più vicina;**

nel caso in cui utilizzi una Struttura sanitaria non convenzionata riceverà, previa autorizzazione della Centrale Operativa, il rimborso delle spese sanitarie da lui sostenute applicando i limiti e i Massimali previsti per la medesima prestazione eseguita da una Struttura sanitaria convenzionata.

Tale condizione non è operante per le prestazioni relative al Ricovero.

48. 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.

49. 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.

50. 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.

51. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le eventuali controversie riguardo l'interpretazione, l'applicazione e l'esecuzione dell'Assicurazione, possono essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da 3 (tre) Arbitri.

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

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

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato. Le spese del terzo Arbitro vengono remunerate dalla Parte soccombente.

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

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

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

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

ALLEGATO A: GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpanogiugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)

- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatici
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesiclectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sottoelencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ELENCO GRAVI MALATTIE

- a) Infarto miocardico acuto
- b) Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
 - I. dispnea
 - II. edemi declivi
 - III. aritmia
 - IV. angina instabile

- V. edema o stasi polmonare
- VI. ipossiemia
- c) Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure
- d) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - I. ulcere torbide
 - II. decubiti
 - III. neuropatie
 - IV. vasculopatie periferiche
 - V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- e) Politraumatismi gravi che non necessitino di Intervento Chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato
- f) Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo
- g) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale

ALLEGATO B: MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO

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

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

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

Luogo e data

Nome e cognome

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/Infortunati possedute

si ☐ no ☐

Compagnia _____

Codice IBAN	
-------------	--

Data _____ Firma dell'Assicurato _____

Pagina 61 di 74

INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(di seguito, **“Informativa Privacy”**)
UNS_Info_Cont_01 – Ed. 01.01.2025

Gentile Cliente,

ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, il **“Regolamento”**), La informiamo che UniSalute S.p.A. (di seguito, **“UniSalute”** o la **“Compagnia”**), per fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, in qualità di titolare, tratterà alcuni dati personali riferibili a Lei e/o agli ulteriori eventuali interessati, per le finalità di seguito indicate.

Le informazioni riportate di seguito dovranno essere fornite, a cura del contraente (di seguito, il **“Contraente”**), agli eventuali altri soggetti (di seguito, i **“Terzi Interessati”**) a cui si riferiscono i dati personali oggetto del trattamento (a titolo esemplificativo, il beneficiario della polizza assicurativa ovvero ogni altro interessato a qualunque titolo coinvolto).

Chi tratterà i dati personali?

Il titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (<https://www.unisalute.it>), con sede in Via Larga 8, 40138, Bologna.

Quali dati personali tratteremo?

Saranno raccolte e trattate le seguenti categorie di dati personali (i **“Dati”** o i **“Suoi Dati”**) riferibili a Lei e/o ai Terzi Interessati:

- dati anagrafici (nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale);
- dati di contatto (numero di telefono e indirizzo e-mail);
- coordinate bancarie (in particolare, l'IBAN);
- categorie particolari di dati¹³ (in specie, dati relativi alla salute: ad esempio, i dati riportati in eventuali questionari anamnestici, in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviati in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'area riservata).

Si tratta dei Dati, che Lei stesso o altri soggetti¹⁴ ci fornite, indispensabili per erogare, in favore del Contraente e/o dei Terzi Interessati, i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti.

Perché tratteremo i Dati?

I Dati saranno trattati per le finalità e sul presupposto delle basi giuridiche di seguito indicate:

- **(F1) – Predisposizione del contratto assicurativo:** i Dati saranno trattati per la predisposizione del contratto assicurativo (il **“Contratto”**);
- **(F2) – Esecuzione del Contratto**¹⁵: i Dati saranno trattati dalla Compagnia per l'erogazione dei servizi assicurativi. Precisiamo che, nell'ambito del predetto Contratto, i Dati potranno essere anche trattati per finalità antifrode (ad esempio, per verificare l'autenticità dei Dati, per prevenire il rischio di frodi, per contrastare le frodi subite) e per lo svolgimento di attività di analisi, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie;
- **(F3) – Area riservata:** se deciderà di registrarsi all'area riservata (l'**“Area Riservata”**) del nostro sito, o della nostra applicazione per dispositivi mobili (l'**“App”**), qualora prevista dal Suo piano sanitario, tratteremo i Dati per identificarLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dal Contratto;
- **(F4) – Invio di comunicazioni di servizio:** i Dati relativi ai Suoi recapiti saranno utilizzati per inviarLe avvisi e comunicazioni di servizio¹⁶, 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 Riservata¹⁷;
- **(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 Vigilanza¹⁸;

¹³ Ai sensi dell'articolo 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, l'appartenenza sindacale, i dati genetici, i dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

¹⁷ L'informativa è messa a disposizione dell'interessato anche nella sezione **“privacy”** del sito web di UniSalute (<https://www.unisalute.it>).

¹⁸ Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione e adeguata verifica della clientela e per segnalazioni di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. lgs. 231/07), (iv)

- **(F7) – Tutela dei propri diritti:** il trattamento potrà avvenire, inoltre, al fine di agire a tutela dei diritti della Compagnia, anche in via difensiva, sia in sede giudiziale, che stragiudiziale.

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F1	a); b); c). d): nei soli casi in cui, per le valutazioni precontrattuali, al fine di addivenire a un'eventuale stipula del Contratto, sia richiesta la compilazione di un questionario anamnestico.	Per quanto attiene alla conclusione del Contratto, la base giuridica del trattamento consiste nell'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta del Contraente. I Dati riferibili ai Terzi Interessati saranno trattati sulla base del legittimo interesse a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi. Precisiamo che potremo trattare Dati rientranti in categorie particolari (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per le valutazioni precontrattuali, al fine di addivenire a un'eventuale stipula del Contratto, e solamente dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento).	Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.
F2	a); b); c); d);	Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Per quanto riguarda il trattamento dei Dati per finalità antifrode e per l'analisi tariffaria, la base giuridica è il legittimo interesse di UniSalute correlato (i) alla necessità di prevenire e contrastare frodi in suo danno e (ii) alla necessità di svolgere attività di analisi dei Dati per valutazioni di carattere statistico e tariffario. I Dati riferibili ai Terzi Interessati, beneficiari di polizza, acquisiti nella fase precontrattuale, saranno trattati sulla base del legittimo interesse di UniSalute a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato ¹⁹ .
F3	a); b); c); d)	Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente.	Il conferimento dei Dati, in questi casi, è necessario per permetterLe di ottenere i servizi <i>online</i> tramite l'Area Riservata. Il

alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante un furto d'identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o previa richiesta al Responsabile per la protezione dei dati.

¹⁹ Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei Dati, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi di legge, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto contrattuale e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute (es.: difesa di diritti in sede giudiziaria).

		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>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. 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);	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F7	a); b); c); d)	<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>	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.

Come tratteremo i Suoi Dati?

I Suoi Dati saranno trattati tramite logiche e modalità, anche informatiche, strettamente pertinenti alle finalità suindicate, previa adozione delle misure di sicurezza ritenute adeguate ai rischi. I Dati saranno resi accessibili al solo personale autorizzato, nei limiti di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle attività cui lo stesso risulta preposto.

A chi comunicheremo i Dati?

I Dati non saranno soggetti a diffusione, ma potranno essere comunicati a soggetti terzi, in ragione delle sole finalità suesposte. In particolare, i Dati potranno essere comunicati a:

- I. soggetti esterni a cui UniSalute affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici e telematici, banche coinvolte nella distribuzione delle polizze assicurative, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei Dati²⁰;
- 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 Unipol²¹;
- 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

²⁰ 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.

²¹ Per l'elenco completo e aggiornato di tutte le società facenti parte del Gruppo Unipol, si rinvia al sito www.unipol.com.

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 riguardano²² o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i Dati potranno essere comunicati ad altre società assicurative, anche non appartenenti al Gruppo Unipol, ove indispensabile per il perseguimento di legittimi interessi correlati a tali esigenze, o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

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

Per quanto tempo tratteremo i Dati?

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

In dettaglio:

Finalità	Termine di conservazione
F1	I Suoi Dati saranno trattati per l'intera durata della fase precontrattuale. In caso di mancata sottoscrizione, i Dati non saranno conservati.
F2, F3, F4	I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale.
F5	I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale. Alla cessazione del Contratto, la condivisione si interromperà.
F6	I Suoi Dati saranno conservati per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili (amministrativi, fiscali, assicurativi, ecc.), di regola dieci (10) anni.
F7	Per i termini prescrizione previsti dalla normativa di settore, nonché per la durata dell'eventuale contenzioso.

I Suoi diritti

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

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

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

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

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

²² In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati, entro i limiti di quanto strettamente necessario per le finalità indicate, a società del Gruppo Unipol e a soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP).

INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(di seguito, "Informativa Privacy")
UNS_Info_CoCo_04 – Ed. 01.01.2025

Gentile Cliente,

ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, il "Regolamento"), La informiamo che UniSalute S.p.A. (di seguito, "UniSalute" o la "Compagnia"), per fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, in qualità di titolare, tratterà alcuni dati personali riferibili a Lei e/o agli ulteriori eventuali interessati, per le finalità di seguito indicate.

Le informazioni riportate di seguito dovranno essere fornite, a cura del contraente (di seguito, il "Contraente"), agli eventuali altri soggetti (di seguito, i "Terzi Interessati") a cui si riferiscono i dati personali oggetto del trattamento (a titolo esemplificativo, il beneficiario della polizza assicurativa ovvero ogni altro interessato a qualunque titolo coinvolto).

Chi tratterà i dati personali?

Il titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (<https://www.unisalute.it>), con sede in Via Larga 8, 40138, Bologna.

Quali dati personali tratteremo?

Saranno raccolte e trattate le seguenti categorie di dati personali (i "Dati" o i "Suoi Dati") riferibili a Lei e/o ai Terzi Interessati:

- e) dati anagrafici (nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale);
- f) dati di contatto (numero di telefono e indirizzo e-mail);
- g) coordinate bancarie (in particolare, l'IBAN);
- h) categorie particolari di dati²³ (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 soggetti²⁴ ci fornite, indispensabili per erogare, in favore del Contraente e/o dei Terzi Interessati, i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti.

Perché tratteremo i Dati?

I Dati saranno trattati per le finalità e sul presupposto delle basi giuridiche di seguito indicate:

- **(F1) – Predisposizione del contratto assicurativo:** i Dati saranno trattati per la predisposizione del contratto assicurativo (il "Contratto");
- **(F2) – Esecuzione del Contratto**²⁵: i Dati saranno trattati dalla Compagnia per l'erogazione dei servizi assicurativi. Precisiamo che, nell'ambito del predetto Contratto, i Dati potranno essere anche trattati per finalità antifrode (ad esempio, per verificare l'autenticità dei Dati, per prevenire il rischio di frodi, per contrastare le frodi subite) e per lo svolgimento di attività di analisi, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie;
- **(F3) – Area riservata:** se deciderà di registrarsi all'area riservata (l'"Area Riservata") del nostro sito, o della nostra applicazione per dispositivi mobili (l'"App"), qualora prevista dal Suo piano sanitario, tratteremo i Dati per identificarLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dal Contratto;
- **(F4) – Invio di comunicazioni di servizio:** i Dati relativi ai Suoi recapiti saranno utilizzati per inviarLe avvisi e comunicazioni di servizio²⁶, 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 Riservata²⁷;
- **(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 Vigilanza²⁸;

²³ 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.

²⁴ 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.

²⁵ 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.

²⁶ 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.

²⁷ L'informativa è messa a disposizione dell'interessato anche nella sezione "privacy" del sito web di UniSalute (<https://www.unisalute.it>).

²⁸ 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

- **(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 Unipol²⁹ 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>	<p>Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.</p>
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 Personali 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 interessato³⁰.</p>

segnalazioni di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante un furto d'identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o previa richiesta al Responsabile per la protezione dei dati.

²⁹ Per l'elenco completo e aggiornato di tutte le società facenti parte del Gruppo Unipol, si rinvia al sito www.unipol.com.

³⁰ Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei Dati, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi di legge, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto contrattuale e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute (es.: difesa di diritti in sede giudiziaria).

F3	a); b); c); d)	<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. 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 suesposte. In particolare, i Dati potranno essere comunicati a:

- IV. soggetti esterni a cui UniSalute affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici e telematici, banche coinvolte nella distribuzione delle polizze assicurative, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei Dati³¹;
- V. ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i Dati potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre società facenti parte, come la titolare UniSalute, del Gruppo Unipol;
- VI. soggetti legittimati ad accedere ai dati in forza di specifiche disposizioni normative (quali ad esempio, Autorità Giudiziaria, Autorità di polizia giudiziaria, Autorità di controllo e vigilanza, ecc.): la comunicazione è necessaria al fine di adempiere ad obblighi di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria o di altre Autorità pubbliche.

I Dati potranno altresì essere comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni ad UniSalute, coinvolti o nella prestazione dei servizi assicurativi che la riguardano³² 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 prescrizione previsti dalla normativa di settore, nonché per la durata dell'eventuale contenzioso.

I Suoi diritti

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

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

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

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

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

³¹ 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.

³² In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati, entro i limiti di quanto strettamente necessario per le finalità indicate, a società del Gruppo Unipol e a soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP).

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER CONTRATTI DANNI STIPULATI A DISTANZA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Diritto di recesso (artt. 67-septies lettere a) e d); art. 67-duodecies Codice del Consumo)
Entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto, il Contraente ha diritto di recedere a mezzo lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto da inviare a UniSalute e all'intermediario autorizzato, o soltanto a UniSalute in caso di vendita a distanza organizzata direttamente dalla Società senza il tramite di un intermediario.

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

A seguito del recesso il Contraente ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto entro 30 giorni da quello in cui UniSalute e l'intermediario autorizzato (o la sola UniSalute) hanno ricevuto la comunicazione di recesso, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico.

Il recesso non può essere esercitato se il contratto è vincolato a favore di un terzo, se non con il consenso del terzo stesso.

Ed. 01/07/2022

INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Informativa in tema di disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche (ed. agosto 2024)

In data 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193³³ (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”)³⁴ 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 Salute³⁵ contenente la tabella sotto riportata delle patologie oncologiche per le quali i **suddetti termini vengono ridotti**:

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1

³³ 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”.

³⁴ Per “persona fisica” è da intendersi l’Assicurando/Assicurato in qualità di soggetto portatore del rischio assicurato.

³⁵ 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”.

Tiroide	Donne con diagnosi <55anni - uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

- ❖ Le informazioni di cui sopra non possono essere **acquisite neanche da fonti diverse** dal soggetto interessato e, qualora **già in possesso** dell'Impresa o dell'intermediario, **non possono essere utilizzate** per la determinazione delle condizioni contrattuali.
- ❖ In tutte le fasi di accesso a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi, comprese le trattative precontrattuali e la stipula o il rinnovo dei contratti, le **Imprese** e gli **Intermediari** sono tenute a **fornire informazioni** adeguate circa i diritti di cui sopra.
- ❖ Nei casi sopra indicati, non possono essere applicati **limiti, costi e oneri aggiuntivi o trattamenti diversi** a quelli previsti per la generalità dei contraenti, né imposte **visite mediche di controllo o accertamenti sanitari**.
- ❖ Al fine di evitare che, trascorsi i termini sopra indicati, le informazioni sulle patologie oncologiche già precedentemente fornite dal soggetto interessato possano essere utilizzate ai fini della valutazione del rischio, la Legge riconosce il **diritto alla cancellazione delle informazioni** già acquisite dall'Impresa o dall'Intermediario. A tal fine, il soggetto interessato deve inviare tempestivamente alla banca, all'istituto di credito, all'**impresa di assicurazione** o all'**intermediario** finanziario o **assicurativo**, tramite raccomandata A/R o PEC, la certificazione rilasciata in base alle disposizioni attuative di cui al Decreto 5 luglio 2024 del Ministero della Salute, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 30 luglio 2024, n. 177.

A partire dal 2 gennaio 2024, pertanto, qualora vengano richieste dichiarazioni sullo stato di salute ai fini della conclusione o del rinnovo di contratti assicurativi, il soggetto interessato non è tenuto a fornire alcuna informazione relativa a eventuali patologie oncologiche nelle ipotesi previste dalla normativa e sopra descritte.

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, salva 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 seimilioniduecentomila euro; 2) l'importo del volume d'affari risulti superiore ai dodicimilionioctocentomila 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.

