



ASSICURAZIONE SANITARIA

UniSalute ARGENTO

Gentile Cliente
alleghiamo i seguenti documenti:

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

“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 l'operatività della Polizza e permette all'Assicurato di ottenere prestazioni relative a spese mediche extraricovero.

✓ SPESE SANITARIE:

- Alta Specializzazione: le spese mediche extraospedaliere relative ad un elenco specifico di prestazioni effettuate con macchinari altamente specializzati.
- Visite mediche specialistiche: le spese visite effettuate da medico specialista.
- Cure oncologiche: le spese per terapie mediche (ovvero non chirurgiche), quali chemioterapia, cobaltoterapia e radioterapia, visite specialistiche e accertamenti per la diagnosi e il monitoraggio degli stessi, effettuate sia durante ricovero o day hospital che in extraricovero.
- Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero: le spese sostenute per interventi chirurgici odontoiatrici a seguito di un elenco di patologie.
- Assistenza infermieristica Individuale: le spese di assistenza infermieristica domiciliare.
- Prestazioni diagnostiche particolari: il pagamento di un elenco specifico di prestazioni sanitarie effettuate per monitorare e prevenire l'insorgenza di stati patologici esclusivamente in strutture convenzionate con UniSalute.
- Ospedalizzazione domiciliare: indennizzo di servizi di ospedalizzazione domiciliare, assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica per il recupero della funzionalità fisica e programma medico/riabilitativo anche di tipo assistenziale.
- Diagnosi comparativa: viene fornito un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, tramite consulenza Internazionale.

- ✓ ASSISTENZA: prestazioni di Assistenza e servizi di consulenza: sia in Italia che all'Estero (con possibilità di usufruire di ulteriori servizi accessori), (Informazioni sanitarie telefoniche, prenotazioni di prestazioni sanitarie, invio di un medico, rientro dal Ricovero di primo soccorso, trasferimento di un centro medico specializzato, assistenza domiciliare infermieristica e fisioterapia, prelievo a domicilio per esame ematologico, invio dei farmaci a domicilio, servizi di domiciliarità, trasporto di visite e cicli di terapia, viaggio di un familiare all'estero, invio di medicinali urgenti all'estero, rimpatrio sanitario)

GARANZIA FACOLTATIVA:

Stati di non autosufficienza consolidata/permanente: in caso di comprovato stato di non autosufficienza permanente, è previsto un programma in strutture convenzionate di prestazioni sanitarie/o socioassistenziali e, in caso di permanenza in RSA, le spese per la retta mensile.

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

Per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Malattia o Infortunio;
- ✗ Non sono assicurabili, coloro i quali abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:
 - Tumori insorti nei 5 (cinque) anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza, salvo non sia intervenuta guarigione entro i termini e nei casi stabiliti dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193, «Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche» e successive modifiche e aggiornamenti;
 - Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e Parkinsonismi, sclerosi a placche o laterale amiotrofica);
 - Epatopatie croniche e cirrosi epatiche;
 - Pancreatite acuta e cronica;
 - Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 (cinque) anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza;
 - Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
 - Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 (cinque) anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
 - Demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie;
 - Iperensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 (tre) farmaci;
 - Tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica;
 - Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%;
 - Stato di non autosufficienza temporanea o permanente alla data di attivazione del presente piano sanitario
- ✗ Non sono assicurabili coloro i quali abbiano superato i seguenti limiti di età: L'assicurazione può essere stipulata fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Assicurato e rinnovata fino all'80° anno di età dell'Assicurato. In caso di Polizza emessa, relativamente agli stessi Assicurati, in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra tra le seguenti:
 - Sistema Salute Nuova Edizione
 - Orizzonte Salute Nuova Edizione
 - UniSalute ACUORE
 - UniSalute ACUORE XL
 - Orizzonte Salute
 - Sistema salute
 - ACUORE
 - ACUORE XL

l'Assicurazione può essere rinnovata fino all'85° anno di età dell'Assicurato



Ci sono limiti di copertura?

- ! Alle coperture assicurative offerte dall'Assicurazione **sono applicati Scoperti (espressi in percentuale) e Franchigie (esprese in cifra fissa) e massimali specifici per garanzia, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.**
- ! Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune **esclusioni** (salvo che queste non siano derogate dalle singole garanzie):
 1. le conseguenze dirette di Infortuni nonché le Malattie, le Malformazioni o i Difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi prima della stipula dell'assicurazione; il presente punto non si applica quando la Polizza è stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra Polizza relativa ad uno dei seguenti Prodotti assicurativi:
Sistema Salute Nuova Edizione
Orizzonte Salute Nuova Edizione
UniSalute ACUORE
UniSalute ACUORE XL
Orizzonte Salute
Sistema salute
ACUORE
ACUORE XL
 2. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
 3. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 (nove) diottrie;
 4. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
 5. tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
 6. le prestazioni mediche con finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
 7. i Ricoveri ed i Day hospital durante i quali sono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuate anche in regime ambulatoriale;
 8. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
 9. i Ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
 10. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
 11. il trattamento delle malattie causati all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
 12. gli infortuni causati dall'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni
 13. gli infortuni causati dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
 14. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
 15. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
 16. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
 17. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;

18. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
19. tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali; Limitatamente alle prestazioni previste nelle garanzie “Prestazioni odontoiatriche e ortodontiche” e “Cure dentarie da infortunio” sono presenti le seguenti esclusioni:
- protesi estetiche;
 - trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

La Centrale Operativa non fornisce:

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



Dove vale la copertura?

✓ L'Assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

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

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

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

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

In considerazione dell'impegno poliennale del Contraente, 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.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha durata triennale, con effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, se la prima rata di premio è stata pagata.

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

Se il contraente non paga 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.

A fronte della suddetta riduzione di Premio, il Contraente non può esercitare la facoltà di recesso dall'Assicurazione, neanche per i primi tre anni di durata dell'Assicurazione. L'Assicurazione è stipulata con tacito rinnovo, pertanto, si rinnova di anno in anno se il contraente o UniSalute non ne dà disdetta.



Come posso disdire la polizza?

Premesso che sia UniSalute che il contraente possono disdire la polizza, il contraente deve inviare la propria disdetta a UniSalute almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della polizza con:

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

Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

UniSalute S.p.A.
UniSalute Argento

Data: 15/06/2025 - 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, quando 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.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Servizi Plus

Garanzia Supplementare a pagamento "Servizi Plus"
Stato di non autosufficienza consolidata/permanente: la garanzia prevede un Massimale mensile di 800 (ottocento) euro non cumulabili per 10 (dieci) anni.



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

Alta specializzazione: le spese in Strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute sono rimborsate con uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro.

Visite specialistiche: le spese in Strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute sono rimborsate con uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro.

Cure Oncologiche: le spese in Strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute sono rimborsate con uno Scoperto del 20%.

Assistenza infermieristica domiciliare: le spese in Strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute sono rimborsate nel limite di 60 (sessanta) euro al giorno per un massimo di 60 (sessanta) giorni per Anno e per Assicurato.

Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero: le spese in Strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute sono rimborsate con uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 100 (cento) euro per fattura.

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

Visite specialistiche: sono escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a persone fisiche over 70 (settanta) con esigenza principale di beneficiare di prestazioni di prevenzione ed extra-ricovero necessarie a seguito di infortunio o malattia, nonché di prestazioni di assistenza e servizi accessori.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione. La quota parte percepita dagli intermediari è pari al 24% 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. E' 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 . (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato ad UniSalute, 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).



ASSICURAZIONE SANITARIA

UniSalute ARGENTO

Contratto di Assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 2412 / 000 / 00000 / H - Ed. 15/06/2025

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

INDICE

GLOSSARIO	1
SEZIONE 1: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	7
1. PERSONE ASSICURATE.....	7
2. INCLUSIONI / ESCLUSIONI	7
3. PERSONE NON ASSICURABILI	7
3 bis. DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO	8
4. LIMITI DI ETÀ.....	8
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	10
5. DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	10
6. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI	10
7. TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE 	11
8. DIRITTO DI RIPENSAMENTO 	12
QUANDO E COME DEVO PAGARE	13
9. PREMIO 	13
10. PAGAMENTO DEL PREMIO	14
CHE OBBLIGHI HO	15
11. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	15
12. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO	16
13. ALTRE ASSICURAZIONI	Errore. Il segnalibro non è definito.
14. DIMINUIZIONE DEL RISCHIO.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
ALTRE NORME	16
15. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	16
16. FORO COMPETENTE.....	16
17. LEGISLAZIONE APPLICABILE	17
18. REGIME FISCALE.....	17
19. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	17
SEZIONE 2: SPESE SANITARIE	18
COSA ASSICURA	18
20. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	18
21. ALTA SPECIALIZZAZIONE	18
22. VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE	19
23. CURE ONCOLOGICHE.....	19
24. ASSISTENZA INFERMIERISTICA INDIVIDUALE	20
25. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	20

26.	DIAGNOSI COMPARATIVA	20
27.	INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	21
28.	PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI.....	22
29.	PROVINCIA SCOPERTA IN ITALIA	22
	TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI	24
	CHE COSA NON È ASSICURATO	26
30.	ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE	26
	COME PERSONALIZZARE	28
	GARANZIA SUPPLEMENTARE A PAGAMENTO – “SERVIZI PLUS”	28
31.	STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	28
31.1.	OGGETTO DELLA GARANZIA.....	28
31.2.	DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	28
31.3.	REQUISITI DI ASSICURABILITÀ	30
31.4.	MASSIMALE MENSILE ASSICURATO	31
31.5.	TERMINE PER L'INDENNIZZO	31
31.6.	PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) E PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE/RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA	31
31.7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA “STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE”	34
	COME ASSICURA	36
32.	VALIDITA' TERRITORIALE	36
	SEZIONE 3: ASSISTENZA E SERVIZI ACCESSORI	37
33.	SERVIZI DI CONSULENZA E DI ASSISTENZA	37
34.	SERVIZI ACCESSORI.....	40
	COSA NON È ASSICURATO	41
35.	ESCLUSIONI	41
	COME ASSICURA	41
36.	VALIDITA' TERRITORIALE	41
	SEZIONE 4: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	43
37.	DENUNCIA DEL SINISTRO	43
38.	PAGAMENTO DEL SINISTRO	47
39.	DENUNCIA DEL SINISTRO PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA O PERMANENTE	47
39.1.	RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DI UNISALUTE	47
39.2.	MODALITA' DI RIMBORSO/ RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI	49
39.3.	EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO ASSISTENZIALI	49
39.4.	RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA	49
39.5.	ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	50
40.	GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	50
41.	PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO.....	50
42.	CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE.....	51

43. INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018	51
ALLEGATO 1 – ALTA SPECIALIZZAZIONE	52
ALLEGATO 2 - ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	54
ALLEGATO 3 – SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA.....	57
ALLEGATO 4 – MODULO DI DENUNCIA SINISTRO	61
INFORMATIVA PRIVACY	66
INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER CONTRATTI DANNI STIPULATI A DISTANZA	71
INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO	73
INFORMATIVA SUL RICORSO ALL'ARBITRO ASSICURATIVO	75

PRESENTAZIONE

Caro Cliente,

UniSalute Argento è la polizza assicurativa offerta da UniSalute per la protezione della Tua salute che Ti offre anche la possibilità di beneficiare di prestazioni di prevenzione ed extraricovero, a seguito di Infortunio o Malattia, nonché di prestazioni di Assistenza e servizi accessori creati su misura per Te.

Inoltre, la Polizza UniSalute Argento Ti offre la possibilità di integrare le suddette coperture con una garanzia supplementare, appositamente pensata per le situazioni di non autosufficienza consolidata/permanente.

Nelle Condizioni di Assicurazione sono presenti:

- Il GLOSSARIO;
- la SEZIONE SPESE SANITARIE;
- la SEZIONE ASSISTENZA;
- gli ALLEGATI:
 - - ALTA SPECIALIZZAZIONE;
 - ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI;
 - SCHEDA ANAMNISTICA ODONTOIATRICA;
 - MODULO DI DENUNCIA SINISTRO;
 - L'INFORMATIVA PRIVACY;
 - L'INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER I CONTRATTI STIPULATI A DISTANZA
 - L'INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO;
 - L'INFORMATIVA SUL RICORSO ALL'ARBITRO ASSICURATIVO.

Per facilitare la comprensione e la lettura delle Condizioni di Assicurazione, abbiamo inserito appositi box di consultazione, contrassegnati con il simbolo della lente di ingrandimento , che forniscono

informazioni aggiuntive e approfondimenti specifici relativi ad aspetti dell'Assicurazione di particolare rilevanza.

Specifichiamo, che i contenuti inseriti nei box di consultazione hanno solo una valenza esemplificativa di tematiche che potrebbero essere di difficile comprensione.

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

Grazie per l'interesse dimostrato.

GLOSSARIO

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

Accertamento diagnostico

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

Anno

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

Agente

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

Amministratore di sostegno

L'amministratore di sostegno è una figura istituita per quelle persone che, per effetto di un'infermità o di una menomazione fisica o psichica, si trovano nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi.

Assicurato

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

Assicurazione

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

Assistenza

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

Assistenza Infermieristica

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

Atti elementari di vita quotidiana

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza

. Nutrirsi

Banca

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

Broker

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

Care Manager (CM)

Figura specializzata di SiSalute che offre supporto e consulenza sulla base delle esigenze e del Massimale assicurato contrattualmente.

Centrale Operativa

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

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

Contraente

La persona che stipula la Polizza.

Cure sperimentali

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

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e 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 espressa in giorni indica il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Imprese di assicurazione

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

Indennizzo

La somma dovuta da UniSalute in caso di Sinistro.

Infortunio

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

Intermediario

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

Intermediari iscritti nell'elenco annesso

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

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.

Lettera di Impegno

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

Malattia

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

Malformazione

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

Massimale

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

Medicinale

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

Periodi di carenza contrattuali

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

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione, ai sensi dell'art. 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 allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nella presente Assicurazione.

PEC

Posta elettronica certificata.

Questionario dello stato di non autosufficienza

Documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medico curante e dall'Assicurato stesso o dal suo tutore legale o dall'amministratore di sostegno o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

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.

Ricovero di lunga convalescenza (definizione relativa a “Stati di non autosufficienza consolidata/permanente”)

La degenza in Istituto di cura specializzata in Assistenza agli anziani.

Rischio

La probabilità del verificarsi del Sinistro.

RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali)

Strutture non ospedaliere, ma comunque a carattere sanitario, che ospitano per un periodo variabile, da poche settimane al tempo indeterminato, le persone non autosufficienti che non possono essere assistite al domicilio fornendo un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa e con un alto livello di assistenza tutelare e alberghiera.

Scoperto

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

Sinistro

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

SiSalute

SiSalute S.r.l è una società di servizi, interamente controllata da UniSalute S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di UnipolS.p.A., che svolge attività di servizi nel settore dell'assistenza alla persona e in particolare nel settore dell'assistenza sanitaria integrativa.

Stato di non autosufficienza consolidato

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

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.

Tariffa agevolata

Importo per prestazioni in Strutture sanitarie convenzionate, riservate all'Assicurato che non può usufruire dell'erogazione diretta da parte di UniSalute.

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.

Unipol Assistance

Unipol Assistance S.c.r.l. è la Società multiservizi del Gruppo Unipol specializzata nei servizi di assistenza a tutte le categorie di veicoli, alla persona, all'abitazione e alle attività commerciali.

UniSalute

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

Visita medica 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 IL CONTRATTO IN GENERALE

PERSONE ASSICURATE E CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

1. PERSONE ASSICURATE

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

In ogni caso, non sarà possibile assicurare più di 2 (due) persone per Polizza.

Il Premio deve essere pagato per ogni Assicurato.

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

2. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

L'Assicurazione può essere estesa con versamento del relativo Premio al coniuge o al convivente "more uxorio" dell'Assicurato principale.

L'inclusione di un ulteriore Assicurato è possibile in qualunque momento, con conseguente adeguamento del Premio.

L'esclusione di un Assicurato, invece, può avvenire solo in occasione della scadenza annuale dell'Assicurazione, con conseguente adeguamento del Premio.

Inclusioni ed esclusioni sono comunicate all'Intermediario di riferimento. Con le stesse modalità previste nell'articolo Tacito rinnovo.

3. PERSONE NON ASSICURABILI

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

- Tumori insorti nei 5 (cinque) anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza, salvo non sia intervenuta guarigione entro i termini e nei casi stabiliti dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193, «*Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche*» e successive modifiche e aggiornamenti;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e Parkinsonismi, sclerosi a placche o laterale amiotrofica);
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica;

- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 (cinque) anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 (cinque) anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- Demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie;
- Ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 (tre) farmaci;
- Tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica;
- Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%;
- Stato di non autosufficienza temporanea o permanente alla data di attivazione del presente piano sanitario.

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

3 bis. DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

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

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

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

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

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

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

4. LIMITI DI ETÀ

Premesso che l'Assicurato alla data di effetto della Polizza deve aver compiuto il **70°** (settantesimo) Anno di età, la copertura assicurativa, per ciascun Assicurato opera a condizione che alla data di effetto della Polizza l'Assicurato non abbia compiuto il **76°** (settantaseiesimo) Anno di età.

La Polizza cessa alla scadenza annuale successiva al compimento del **80°** (ottantesimo) Anno di età anagrafica dell'Assicurato ed UniSalute non accetterà ulteriori pagamenti di premio per soggetti che abbiano già compiuto 81 (ottantuno) anni;

Relativamente agli stessi Assicurati, in caso di Polizza emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra tra le seguenti:

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

La Polizza cessa alla scadenza annuale successiva al compimento del **85°** (ottantacinquesimo) Anno di età anagrafica dell'Assicurato ed UniSalute non accetterà ulteriori pagamenti di premio per soggetti che abbiano già compiuto 86 (ottantasei) anni.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

5. DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

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

6. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

L'Assicurazione decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'Assicurazione per gli Infortuni;
- del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le Malattie;
- del 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipula della Polizza;
- del 1° (primo) giorno del 6° (sesto) anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le infezioni da HIV.

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

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

Nell'ipotesi sopra esposta i termini operano

a) per gli stessi assicurati:

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

b) per i nuovi assicurati dalla data di effetto della presente Assicurazione.

Per la sola opzione a pagamento "Servizi Plus" la garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'Assicurazione per gli Infortuni;
- del 90° (novantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le Malattie;
- del 365° (trecentosessantacinquesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le Malattie neurologiche.

7. TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE¹

L'Assicurazione è stipulata con tacito rinnovo, pertanto trascorsi i primi tre anni dalla data di effetto, si rinnova di Anno in Anno se il Contraente o UniSalute non ne dà disdetta nei termini di seguito descritti.

- **Disdetta Contraente**
il Contraente deve inviare la propria disdetta, almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della Polizza:
 - ✓ a UniSalute, con lettera raccomandata indirizzata a UniSalute S.p.A. - Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia) o con PEC all'indirizzo unisalute@pec.unipol.it
 - oppure
 - ✓ all'eventuale Intermediario di riferimento.
- **Disdetta UniSalute**
UniSalute deve inviare la propria disdetta al Contraente almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della Polizza con lettera raccomandata indirizzata all'indirizzo dichiarato dal Contraente.

Se UniSalute modifica il Premio per il rinnovo dell'Assicurazione, UniSalute o l'eventuale Intermediario che ha venduto la Polizza comunica tale modifica al Contraente con raccomandata almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza dell'Assicurazione.

Il Contraente può accettare o rifiutare il nuovo Premio proposto.

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

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

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

La Polizza ha durata triennale e prevede il "tacito rinnovo", quindi la copertura prosegue alla scadenza per un ulteriore Anno e così successivamente, fino a quando il Contraente o UniSalute non deciderà di darne disdetta con preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni rispetto alla data di scadenza dell'Assicurazione.

dell'addebito inviando una comunicazione, almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della Polizza, a:

- UniSalute, con le modalità sopra individuate per la “disdetta Contraente”;
oppure
- all'eventuale Intermediario che ha venduto la Polizza;

Anche in questo caso UniSalute rinuncia ad agire per la riscossione del nuovo Premio proposto e l'Assicurazione cessa per disdetta alla data di scadenza.

8. DIRITTO DI RIPENSAMENTO²

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

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

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

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

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

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

² Il Contraente può sempre esercitare il diritto di ripensamento?

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

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

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

QUANDO E COME DEVO PAGARE

9. DETERMINAZIONE DEL PREMIO ⁴

Il Premio è determinato secondo le seguenti modalità:

- Per la sola copertura “Base” è fisso (non varia all’aumentare dell’età);
- Per la copertura opzionale “Servizi Plus” è determinato sulla base dell’età dell’Assicurato per ciascun Anno, inclusi i rinnovi.

Gli incrementi del Premio totale (Copertura “Base” più copertura opzionale “Servizi Plus”) sono quelli indicati nella seguente tabella:

Età	Incremento % Premio totale
70-71	+5,5%
71-72	+5,7%
72-73	+6,0%
73-74	+6,2%
74-75	+6,4%
75-76	+5,3%
76-77	+5,4%
77-78	+5,6%
78-79	+5,7%
79-80	+5,8%
80-81	+5,9%
81-82	+6,1%
82-83	+6,2%
83-84	+6,3%
84-85	+6,4%

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

Età	Premio copertura Base	Premio copertura Base + copertura “Servizi Plus”
70	947 €	2.105 €
71	947 €	2.221 €
72	947 €	2.348 €
73	947 €	2.489 €

⁴ Cos’è il Premio?

Il Premio, in un’Assicurazione, è il “prezzo” che occorre pagare a UniSalute per attivare la copertura assicurativa.

74	947 €	2.643 €
75	947 €	2.812 €
76	947 €	2.961 €
77	947 €	3.122 €
78	947 €	3.296 €
79	947 €	3.484 €
80	947 €	3.687 €
81	947 €	3.907 €
82	947 €	4.143 €
83	947 €	4.399 €
84	947 €	4.675 €
85	947 €	4.973 €

In considerazione dell'impegno poliennale del Contraente, per la durata triennale della Polizza di cui all'articolo "Durata ed effetto dell'Assicurazione", il Premio indicato in Polizza è comprensivo di una riduzione del 5% rispetto ai Premi che sarebbero previsti per la stessa copertura da un'assicurazione di durata annuale. **A partire dal 4° (quarto) anno di rinnovo non è più prevista l'applicazione del suddetto sconto. A fronte della suddetta riduzione di Premio, il Contraente non può esercitare la facoltà di recesso dall'Assicurazione, neanche per i primi tre anni di durata contrattuale salvo quanto previsto dall'art. "Diritto di ripensamento".**

In sede di tacito rinnovo annuale il premio che il Contraente deve pagare ad UniSalute è pari al premio di una sola annualità di Polizza.

Per i Contraenti che sottoscrivono la Polizza in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra tra:

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

in aggiunta alla riduzione del 5% prevista in relazione all'impegno poliennale del Contraente, come già indicato all'articolo "Durata ed effetto dell'Assicurazione" è previsto uno sconto del 10%.

Inoltre, è sempre previsto lo sconto del 5% sul premio totale in caso di più Assicurati.

10. PAGAMENTO DEL PREMIO

Il versamento del Premio deve essere effettuato mediante addebito sul conto corrente, se il Contraente, al momento della stipula dell'Assicurazione, autorizza la banca, "in conformità alla Normativa vigente in materia di addebiti diretti" con particolare riguardo alla rinuncia alla facoltà di cui all'art. 13, comma 4, del d.lgs. n. 11/2010, ad addebitare il conto corrente indicato per il Premio alla firma di questo contratto e per i premi successivi. L'eventuale estinzione del conto corrente o la

revoca dell'autorizzazione di addebito, deve essere comunicata alla Compagnia almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza del contratto. Il Contraente è tenuto a concordare con la Compagnia la nuova forma di pagamento del Premio.

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

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

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

All'atto di sottoscrizione della Polizza il Contraente deve indicare la tipologia di frazionamento.

Se il Contraente sceglie il frazionamento annuale, in caso di tacito rinnovo annuale, il Premio è pagato dal Contraente a UniSalute in un'unica soluzione al rinnovo.

Le modalità del pagamento frazionato sono le seguenti:

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

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

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

CHE OBBLIGHI HO

11. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

12. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta a UniSalute in caso di trasferimento all'estero del domicilio dell'Assicurato, in quanto può incidere sulla valutazione del Rischio, così anche nelle altre ipotesi di cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato.

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'art. 1898 del Codice civile.

13. DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

14. ALTRE ASSICURAZIONI

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

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

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

ALTRE NORME

15. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI 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'Assicurazione prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali la relativa quota parte di Premio è soggetta all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

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: SPESE SANITARIE

COSA ASSICURA

In caso di Malattia o Infortunio in assenza di Ricovero

20. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera in caso di Malattia e Infortunio avvenuti durante l'operatività della Polizza per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- Alta specializzazione;
- Visite mediche specialistiche;
- Cure oncologiche;
- Assistenza infermieristica domiciliare;
- Ospedalizzazione domiciliare a seguito di Grandi Interventi chirurgici;
- Diagnosi comparativa;
- Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero;
- Prestazioni diagnostiche particolari.

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

21. ALTA SPECIALIZZAZIONE

UniSalute paga le spese per le prestazioni extra-Ricovero di Alta Specializzazione come elencate all'**Allegato 1**.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica del proprio medico di medicina generale (cd. "medico di famiglia") contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

In caso di tickets sanitari non è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, purché dal ticket si evinca chiaramente la tipologia di prestazione eseguita.

Nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie convenzionate** con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **Strutture sanitarie non convenzionate** con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni Accertamento Diagnostico o ciclo di terapia.

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

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

22. VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE

UniSalute provvede al pagamento delle spese per Visite mediche specialistiche conseguenti a Malattia o a Infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

In caso di tickets sanitari, non è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, purché dal ticket si evinca chiaramente la tipologia di prestazione eseguita.

Relativamente alle Visite mediche specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico che dovrà essere attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie convenzionate** con UniSalute le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **Strutture sanitarie non convenzionate** con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni Visita specialistica.

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

Il Massimale annuo assicurato per le prestazioni indicate corrisponde a 800 (ottocento) euro per Assicurato.

23. CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche UniSalute liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di Ricovero o Day hospital che in regime di extra ricovero), Si intendono inclusi in garanzia anche le Visite, gli Accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

Nel caso di utilizzo di **Strutture sanitarie convenzionate**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **Strutture sanitarie non convenzionate** con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% per prestazione o ciclo di terapie.

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

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a 5.000 (cinquemila) euro per Assicurato.

24. ASSISTENZA INFERMIERISTICA INDIVIDUALE

UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese per prestazioni di Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di 60 (sessanta) euro al giorno per un massimo di 60 (sessanta) giorni per Anno e per Assicurato.

25. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

UniSalute, per un periodo di 120 (centoventi) giorni successivo alla data di dimissioni, esclusivamente per i Grandi Interventi Chirurgici indicati nell'elenco di cui all'**Allegato 2 (Grandi interventi chirurgici)** effettuati in regime di Ricovero e avvenuti successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la propria **rete di Strutture sanitarie convenzionate** prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. UniSalute concorda il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

La garanzia si attiva a seguito di valutazione medico-assicurativa da parte di UniSalute della documentazione necessaria, come indicato alla Sezione 4: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a 10.000 (diecimila) euro per Assicurato.

26. 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

27. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 5, UniSalute rimborsa le spese sostenute per gli Interventi chirurgici odontoiatrici conseguenti alle seguenti patologie comprese le prestazioni d'implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa, purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 100 (cento) euro per fattura.

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

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

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione consiste in:

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

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di 2.000 (duemila) euro per Assicurato.

28. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

UniSalute provvede al pagamento dei pacchetti di prestazioni sottoelencati.

L'Assicurato può usufruire di **due pacchetti all'Anno** tra quelli proposti in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste da ciascun pacchetto devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Pacchetto 1 - Prevenzione Esami ematochimici:

- 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

Pacchetto 2 - Prevenzione Dermatologica:

Visita specialistica Dermatologica con mappatura dei nei / esame in epiluminescenza

Pacchetto 3 - Prevenzione Oculistica:

Visita specialistica Oculistica

Pacchetto 4 - Prevenzione Cardiologica:

Visita specialistica Cardiologica con elettrocardiogramma (ECG)

29. PROVINCIA SCOPERTA IN ITALIA

Se l'Assicurato risiede alternativamente:

- **ad una distanza superiore a 20 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 modalità di liquidazione si applica esclusivamente all'interno del territorio nazionale e non è applicabile per la garanzia "Diagnosi Comparativa".

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni Assicurate	Franchigie e/o Scoperti o sotto limiti nelle Strutture sanitarie convenzionate	Franchigie e/o Scoperti o sotto limiti nelle Strutture sanitarie non convenzionate	Franchigie e/o Scoperti o sotto limiti nelle Strutture sanitarie SSN	Massimali
ALTA SPECIALIZZAZIONE	Nessuno	Scoperto del 20% con minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per Accertamento diagnostico o ciclo di terapia.	Nessuno	1.500 (millecinquecento) all'Anno per Assicurato
VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE	Nessuno	Scoperto del 20% con minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per Visita specialistica.	Nessuno	800 (ottocento) euro all'Anno per Assicurato
CURE ONCOLOGICHE	Nessuno	Scoperto del 20% per prestazione o ciclo di terapie.	Nessuno	5.000 (cinquemila) euro all'Anno per Assicurato
ASSISTENZA INFERMIERISTICA INDIVIDUALE	Erogatore non previsto	Limite di 60 (sessanta) euro al giorno	Limite di 60 (sessanta) euro al giorno	Per un massimo di 60 (sessanta) giorni per Anno e per Assicurato
OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE	Nessuno	Erogatore non previsto	Erogatore non previsto	10.000 (diecimila) euro all' Anno per Assicurato
DIAGNOSI COMPARATIVA	Nessuno	Erogatore non previsto	Erogatore non previsto	

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	Erogatore non previsto	Scoperto del 20% con minimo non indennizzabile di 100 (cento) euro per fattura.	Nessuno	2.000 (duemila) euro all'Anno per Assicurato
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI	Nessuno	Erogatore non previsto	Erogatore non previsto	

CHE COSA NON È ASSICURATO

30. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non opera per:

1. le conseguenze dirette di Infortuni nonché le Malattie, le Malformazioni o i Difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione dell'Assicurazione. Il presente punto non si applica quando la Polizza è stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra Polizza relativa ad uno dei seguenti Prodotti assicurativi, si prenderà come data di effetto contrattuale quella relativa al primo effetto contrattuale in continuità:
 - Sistema Salute Nuova Edizione
 - Orizzonte Salute Nuova Edizione
 - UniSalute ACUORE
 - UniSalute ACUORE XL
 - Orizzonte Salute
 - Sistema salute
 - ACUORE (prodotto di Arca Assicurazioni S.p.A.)
 - ACUORE XL (prodotto di Arca Assicurazioni S.p.A.)
2. le cure e/o gli Interventi chirurgici per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione;
3. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opera soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 (quattro) diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 (nove) diottrie;
4. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
5. tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli Interventi chirurgici e gli Accertamenti diagnostici che hanno come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
6. le prestazioni mediche con finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
7. i Ricoveri e i Day Hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o Accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
8. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
9. i Ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere Assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono, quali Ricoveri per lunga degenza, quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
10. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

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

Limitatamente alle prestazioni previste all'articolo "Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero" l'assicurazione non opera per:

- protesi estetiche
- trattamenti che derivano da conseguenze di patologie psichiatriche

COME PERSONALIZZARE

GARANZIA SUPPLEMENTARE A PAGAMENTO – “SERVIZI PLUS”

31. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

31.1. OGGETTO DELLA GARANZIA

UniSalute, in caso di Infortunio o Malattia, nel limite del massimale mensile di cui all'articolo “Massimale mensile assicurato”, garantisce attraverso la propria rete di Strutture sanitarie convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali oppure, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute. Le modalità di erogazione sono indicate nel successivo articolo “Piano assistenziale Individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da Strutture sanitarie convenzionate / rimborso spese in caso di permanenza in RSA”, sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza consolidata/permanente dell'Assicurato.

31.2. DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in Stato di non autosufficienza, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato il cui stato clinico venga giudicato consolidato, e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli Atti elementari di vita quotidiana.

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.

L'insorgenza dello Stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il seguente “Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza”).

SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DI NON AUTOSUFFICIENZA:

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno

5

3° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno 10

VESTIRSI E SVESTIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo 0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi 5

3° grado

L'Assicurato necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi 10

ANDARE AL BAGNO E USARLO

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte

di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare in bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno 0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3) 5

3° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3) 10

SPOSTARSI

PUNTEGGIO

1° grado L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi

0
5

2° grado l'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale
solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore

3° grado l'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale
solo con l'assistenza di terzi 10

CONTINENZA PUNTEGGIO

1° grado
L'Assicurato è completamente continente 0

2° grado
L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno 5

3° grado
L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia 10

NUTRIRSI PUNTEGGIO

1° grado
L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti 0

2° grado
L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:
• sminuzzare/tagliare cibo
• sbucciare la frutta
• aprire un contenitore/una scatola
• versare bevande nel bicchiere 5

3° grado
L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale 10

31.3. REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

La garanzia è operante se l'Assicurato al momento della sottoscrizione della Polizza non abbia:

1. limitazioni per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:

- a. Lavarsi
 - b. Vestirsi e svestirsi
 - c. Andare al bagno e usarlo
 - d. Spostarsi
 - e. Continenza
 - f. Nutrirsi
2. diritto, richiesto o sia stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. una delle seguenti patologie: Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.
4. tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

31.4. MASSIMALE MENSILE ASSICURATO

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", il massimale mensile garantito per il complesso delle garanzie sottoindicate corrisponde a **800 (ottocento) euro per 10 (dieci) anni**.

31.5. TERMINE PER L'INDENNIZZO

UniSalute riconosce l'Indennizzo se l'Assicurato si trova ancora in vita dopo 60 (sessanta) giorni dalla denuncia scritta a UniSalute dello Stato di non autosufficienza.

31.6. PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) E PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE/RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA

L'Amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno Stato di non autosufficienza come definito ai sensi di polizza (art. "Definizione dello Stato di non autosufficienza", dovrà telefonare alla Centrale UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al numero verde 800-009938 (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del massimale mensile previsto all'art. "Massimale mensile assicurato" e previa valutazione di UniSalute, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità sotto descritte.

UniSalute intervistando telefonicamente l'Assicurato, l'Amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, valuta la richiesta pervenuta ed effettua una prima valutazione del caso.

A seguito del contatto telefonico l'Assicurato, l'Amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, deve produrre la documentazione specificata all'articolo "Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di UniSalute".

Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, UniSalute si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo Stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico.

- 1) Nel caso in cui UniSalute riconosca lo Stato di non autosufficienza consolidato, l'Assicurato ha la possibilità di accedere ad un servizio esclusivo gestito da SiSalute. Il servizio è attivabile dalla sezione "Care Manager" dell'App SiSalute Up per BPER Banca tramite la quale l'Assicurato, o chi per lui, può ottenere l'assistenza telefonica di un consulente specializzato nell'assistenza in ambito sanitario, che lo indirizzerà al servizio più idoneo in base ai propri bisogni fino al raggiungimento del massimale e nei limiti di quanto previsto all'articolo "Massimale mensile assicurato".

I Servizi di SiSalute sono attivi per ciascun Assicurato che ne faccia uso tramite gli strumenti digitali (e/o centrale operativa) messi a disposizione da SiSalute.

L'Assicurato riceve da SiSalute, all'indirizzo di posta elettronica comunicato, le informazioni necessarie per accedere ai Servizi SiSalute, unitamente alla guida all'utilizzo degli strumenti digitali disponibili per fruire dei Servizi SiSalute.

Per assistenza è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 051 3542035, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Il Care Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia necessità di una o più prestazioni, UniSalute, nei limiti del massimale mensile di cui all'art. "Massimale mensile assicurato", provvede a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Assicurato che nelle strutture stesse.

All'Assicurato verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico di UniSalute, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato e quelle eventualmente rifiutate dall'Assicurato. Questo documento dovrà essere firmato dall'Assicurato, dall'Amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato, per accettazione del PAI.

A titolo esemplificativo, sono riportate di seguito alcune tra le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto:

- Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio-Sanitario – Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in Ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di ricovero.

UniSalute procederà con la prenotazione e autorizzazione, delle prestazioni, esclusivamente in Strutture Convenzionate con UniSalute stessa, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4).

UniSalute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con UniSalute utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento del massimale, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

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

- 2) Nel caso in cui UniSalute riconosca uno Stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Care Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari.

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni, è possibile richiedere alla Struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

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

UniSalute provvede a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle

Strutture Convenzionate con UniSalute utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).

UniSalute si riserva la facoltà di sottoporre l'Assicurato ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Assicurato comporti il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza, UniSalute rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite di UniSalute, nei limiti del massimale mensile.

Qualora invece le condizioni dell'Assicurato non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Assicurato stesso.

3) Nel caso in cui UniSalute non riconosca lo Stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Assicurato.

Laddove il punteggio assegnato da UniSalute al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'Assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni, è possibile richiedere alla Struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

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

4) Qualora l'Assicurato sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste, UniSalute provvederà a rimborsargli, nei limiti del massimale previsto all'art. "Massimale mensile assicurato", esclusivamente la retta mensile.

31.7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA "STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE"

L'Assicurazione non opera per le conseguenze dirette di Infortuni nonché per le conseguenze di: Malattie, le Malformazioni o i Difetti fisici e gli stati patologici che hanno dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula dell'Assicurazione. Quando la Polizza è stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra Polizza relativa ad uno dei seguenti Prodotti assicurativi prenderà come data di effetto contrattuale quella relativa al primo effetto contrattuale in continuità:

- Sistema Salute Nuova Edizione
- Orizzonte Salute Nuova Edizione
- UniSalute ACUORE

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

Inoltre, l'assicurazione non opera per le conseguenze:

1. di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
2. di tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
3. di malattie / infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
4. di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali;
5. del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
6. di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
7. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
8. di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
9. di prestazioni mediche con finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
10. di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato
11. delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure sperimentali e i medicinali biologici.
12. di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
13. di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
14. di tutte le terapie mediche;
15. dirette o indirette di pandemie.

COME ASSICURA

32. VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

SEZIONE 3: ASSISTENZA E SERVIZI ACCESSORI

33. SERVIZI DI CONSULENZA E DI ASSISTENZA

In Italia

I seguenti **servizi di consulenza** vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-009938 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 051 4161791.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

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

c) Invio di un medico

Nel caso in cui, in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa, l'Assicurato, in Italia, necessiti 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, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

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

d) Rientro dal Ricovero di primo soccorso

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

e) Trasferimento in centro medico specializzato

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

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

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

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

f) Assistenza domiciliare infermieristica e fisioterapia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico di Unisalute, al fine di consentire le terapie domiciliari, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica o fisioterapica specializzata per un massimo di 30 ore complessive esclusivamente nell'arco delle prime 4 settimane di convalescenza. Tali ore potranno essere usufruite senza soluzione di continuità o ad intervalli da concordarsi con il medico Unisalute.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione tre giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

In ogni caso, laddove la richiesta di prestazione venga fatta in un momento successivo, il servizio verrà erogato solamente se sussisteranno i requisiti richiesti per la sua attivazione e, comunque, entro tre giorni dalla data della richiesta stessa.

g) Prelievo a domicilio per esame ematochimico

Qualora l'Assicurato, a seguito Malattia improvvisa o Infortunio, sia impossibilitato a muoversi dalla propria abitazione e necessiti di effettuare con urgenza un esame ematochimico, come da certificazione del medico curante, la Centrale Operativa organizzerà il prelievo presso il domicilio dell'Assicurato.

Il costo dell'esame rimane a carico dell'Assicurato.

h) Invio dei farmaci a domicilio

Qualora l'Assicurato necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dalla propria abitazione in quanto, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa organizzerà l'invio dei medicinali presso il domicilio dell'Assicurato.

Il costo dei farmaci rimane a carico dell'Assicurato.

Si intendono esclusi i farmaci salvavita.

i) Servizi di domiciliarità (badante, collaboratrice domestica)

Qualora, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, l'Assicurato necessiti di una badante o di una collaboratrice domestica, UniSalute manterrà a proprio carico le spese rese necessarie nei 60 (sessanta) giorni successivi alle dimissioni.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione tre giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

In ogni caso, laddove la richiesta di prestazione venga fatta in un momento successivo, il servizio verrà erogato solamente se sussisteranno i requisiti richiesti per la sua attivazione e, comunque, entro tre giorni dalla data della richiesta stessa.

Se, per cause indipendenti dalla Centrale Operativa, non fosse possibile recuperare un fornitore UniSalute potrà rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato previa conferma della Centrale Operativa e invio della documentazione fiscalmente valida.

j) Trasporto visite e cicli di terapia

Per le prime 3 settimane di convalescenza post-Ricovero – in caso di ricovero ospedaliero di almeno 5 giorni conseguente a Malattia improvvisa o a Infortunio – in caso di necessità dell'Assicurato, impossibilitato a muoversi, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto dell'Assicurato dal proprio domicilio al luogo di svolgimento delle prestazioni sanitarie di cui necessità. UniSalute tiene a carico le relative spese

Se, per cause indipendenti dalla Centrale Operativa, non fosse possibile recuperare un fornitore UniSalute potrà rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato previa conferma della Centrale Operativa e invio della documentazione fiscalmente valida

All'estero

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

k) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di Malattia improvvisa o di Infortunio, l'Assicurato necessiti di un Ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

l) Invio di medicinali urgenti all'estero

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

Si intendono esclusi i farmaci salvavita.

Il costo del farmaco rimane a carico dell'Assicurato.

m) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione

tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli 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 dalla Centrale Operativa, inclusa l'Assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

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

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

34. SERVIZI ACCESSORI

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

I servizi fruibili tramite strumento digitale sono:

- 1) **Blog:** l'Assicurato ha la possibilità di consultare gratuitamente il Blog contenente articoli editoriali relativi alla salute.
- 2) **Pharma:** l'Assicurato ha la possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio.
- 3) **Pharma Checker:** l'Assicurato ha la possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato. "Pharma Checker" non si sostituisce al parere del medico dell'Assicurato; pertanto, l'Assicurato potrà rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.
- 4) **Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata:** l'Assicurato ha la possibilità di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata prestazioni sanitarie (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e fisioterapia) presso il network sanitario convenzionato con SiSalute, fino ad un massimo di 24 prestazioni all'anno. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**
- 5) **Prestazioni Odontoiatriche a Tariffa Agevolata:** l'Assicurato ha la possibilità di prenotare ed effettuare alternativamente una prima visita ovvero una prima visita con ablazione e N°1 piano di cura odontoiatrico presso le strutture convenzionate con la Fornitrice, a tariffa scontata a carico dell'Assicurato.
- 6) **Prestazioni di Assistenza Domiciliare a tariffa agevolata:** il Cliente ha la possibilità di prenotare ed effettuare servizi di assistenza domiciliare a tariffa scontata, individuando i servizi all'interno del network della Fornitrice. L'Assicurato potrà prenotare per il tramite del Care Manager fino ad

un massimo di 24 prestazioni all'anno di assistenza domiciliare. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**

- 7) **Care Manager:** l'Assicurato ha la possibilità di accedere al servizio "Care Manager" tramite il quale potrà ottenere l'assistenza telefonica di un operatore specializzato nell'assistenza, in ambito sanitario, che lo indirizzerà al servizio più idoneo in base ai propri bisogni.
- 8) **Televisita con Medico:** il Cliente ha la possibilità di effettuare gratuitamente n°2 Televisite (canale telefonico) con un Medico H24, 7/7, attraverso la sezione dedicata dello strumento digitale chiamando direttamente il numero 051 3542037.
- 9) **SiSereni:** l'Assicurato ha la possibilità di effettuare da remoto un percorso psicologico (tramite canale video) con psicologi e psicoterapeuti regolarmente iscritti all'Albo e dedicati al Servizio. La prima seduta è gratuita mentre il **costo delle prestazioni successive è carico dell'Assicurato, a tariffa agevolata**. L'Assicurato, una volta compilato il questionario, avrà la possibilità di scegliere il professionista più adatto alle sue necessità e contattare successivamente gli operatori SiSalute per fissare gli appuntamenti ed iniziare il percorso.

Inoltre, per gli Assicurati che hanno attivato la garanzia opzionale "SERVIZI PLUS", per il servizio accessorio Televisita con Medico (il Cliente ha la possibilità di effettuare gratuitamente n°12 Televisite con un Medico H24, 7/7, attraverso lo strumento digitale ovvero tramite canale telefonico chiamando direttamente il numero 051 3542037).

Per l'attivazione dei Servizi, l'assicurato riceverà una welcome e-mail con tutte le istruzioni.

In caso di necessità è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 051 3542036, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

COSA NON È ASSICURATO

35. ESCLUSIONI

La Centrale Operativa non fornisce:

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

COME ASSICURA

36. VALIDITA' TERRITORIALE

In Italia, i servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-009938 dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30. Dall'estero, invece, occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia seguito da 0039 0514161791.

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

SEZIONE 4: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

37. DENUNCIA DEL SINISTRO

Sono previste **tre** modalità di apertura/denuncia di un Sinistro:

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

L'Assicurato, o chi per esso, deve preventivamente prenotare la prestazione sanitaria utilizzando una delle seguenti modalità:

- l'Assicurato contatta direttamente la Struttura sanitaria convenzionata per prenotare la prestazione. In questo caso, prima di effettuare la prestazione, deve comunicare l'appuntamento a UniSalute utilizzando l'apposita funzione *Fai una nuova prenotazione* presente sia sull'app **UniSalute Up** sia sul sito www.unisalute.it, all'interno dell'Area Servizi Clienti;
- l'Assicurato prenota la prestazione utilizzando, in via diretta, la funzione *Fai una nuova prenotazione* presente sia sull'app **UniSalute Up** sia sul sito www.unisalute.it;
- nel caso in cui l'Assicurato, o chi per esso, non possa accedere a Internet o non possa scaricare "UniSalute App", deve contattare la Centrale Operativa **al numero verde gratuito 800-009938 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 0514161791)**.

All'interno dell'area riservata accessibile dal sito www.unisalute.it, l'Assicurato può consultare e conoscere con precisione le Strutture sanitarie dedicati alla sua Assicurazione.

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

In caso di prestazioni di **Ospedalizzazione Domiciliare** l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-009938 e inviare all'indirizzo di posta elettronica indicato dagli operatori la documentazione richiesta per la valutazione medica ai fini dell'attivazione della garanzia

Documentazione necessaria:

Lettera di dimissioni ospedaliere (LDO), rilasciata all'Assicurato dall'Istituto di cura al momento della dimissione dal Ricovero.

UniSalute ha inoltre la facoltà di chiedere la copia della Cartella clinica conforme all'originale, completa della Scheda di dimissione ospedaliere (SDO), nel caso si rendesse necessario approfondire la valutazione.

UniSalute provvede ad inviare alla struttura convenzionata la "Presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura. La "Presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei Massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

In caso di Ricovero o di Day Hospital per Cure Oncologiche, per permettere a UniSalute di valutare la copertura, l'Assicurato deve inviare la documentazione necessaria all'istruttoria della pratica almeno 10 giorni prima della data prevista per l'evento.

In caso di Ricovero deve inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la Lettera di impegno, con cui si impegna a versare alla Struttura sanitaria convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

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

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;
- le prestazioni sanitarie non convenzionate eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata.

Pertanto:

- 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.

In particolare, nel caso in cui l'Assicurato effettua una prestazione presso una Struttura sanitaria convenzionata senza avere prima contattato UniSalute **le spese sostenute possono essere rimborsate solo se è prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di Polizza.**

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante

rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

2. **Sinistri relativi a prestazioni sanitarie eseguite presso le strutture sanitarie/operatori sanitari non convenzionati con UniSalute**

Per le prestazioni sanitarie eseguite presso strutture sanitarie/operatori sanitari **non convenzionati** con Unisalute è previsto **il rimborso in forma indiretta**

Pertanto, l'Assicurato deve pagare direttamente alla struttura sanitaria operatore sanitario il prezzo della prestazione effettuata e successivamente richiederne il rimborso a UniSalute. Quest'ultima provvederà a rimborsare all'Assicurato il costo delle spese sostenute con l'applicazione delle condizioni previste dalle garanzie dell'Assicurazione.

Per richiedere il rimborso di quanto speso, l'Assicurato può optare per una delle seguenti modalità previste:

- utilizzare la funzione disponibile sul sito **www.unisalute.it** – Area Clienti e caricare i documenti in formato elettronico;
- utilizzare la app **UniSalute Up**, caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti per il rimborso;
- **inviando a UniSalute la seguente documentazione cartacea**, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), all'indirizzo **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO:**
 - modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
 - documentazione specifica indicata nelle singole garanzie (*);
 - copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento;
 - nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate 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.

(*) In particolare: **in caso di Ricovero o di Day Hospital per Cure Oncologiche** l'Assicurato deve inviare copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale; **in caso di intervento chirurgico ambulatoriale**, l'Assicurato deve inviare copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale (in tal caso, tutta la documentazione sanitaria relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero / intervento chirurgico ambulatoriale, ad esso connesso, deve essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce); **in caso di prestazioni extraricovero**, l'Assicurato deve inviare copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante.

Per chiedere il rimborso delle spese per le prestazioni odontoiatria/ortodonzia effettuate presso struttura sanitaria operatore sanitario non convenzionato con Unisalute l'Assicurato può utilizzare una delle suddette modalità sopraindicate.

In caso di invio tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), all'indirizzo UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna dovrà inviare la seguente documentazione cartacea:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di prestazioni diagnostiche, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento; nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate 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;
- **"scheda anamnestica"** redatta dal medico curante sulla base del modello allegato al presente contratto

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 già menzionata documentazione. Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UniSalute della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'Indennizzo è pagato in euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera 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 la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

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 sanitarie eseguite presso le strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate

Per le prestazioni (extraricovero, Ricovero, Day Hospital e Intervento chirurgico ambulatoriale) effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate **le spese sostenute vengono liquidate secondo le stesse modalità indicate al precedente Punto n. 2 "Sinistri relativi a prestazioni sanitarie eseguite presso le strutture sanitarie/operatori sanitari non convenzionati con UniSalute".**

Anche per le prestazioni relative ad **Interventi chirurgici odontoiatrici** effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate **Punto n. 2 "Sinistri relativi a prestazioni sanitarie eseguite presso le strutture**

sanitarie/operatori sanitari non convenzionati con UniSalute” (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)”.

38. PAGAMENTO DEL SINISTRO

UniSalute paga quanto dovuto all'Assicurato 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”, a condizione che non si evidenzino casi previsti dalle esclusioni dell'Assicurazione e previa presentazione a UniSalute di tutti i documenti dalla stessa richiesti, indicati all'articolo “DENUNCIA DEL SINISTRO”.

39. DENUNCIA DEL SINISTRO PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA O PERMANENTE

39.1. RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DI UNISALUTE

Entro 14 (quattordici) giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, il suo Amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, devono:

a) **chiamare il numero verde gratuito 800-009938 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 051 4161791)** e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre a UniSalute ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.

b) **produrre il fascicolo di richiesta di apertura del Sinistro, da spedire a: Unisalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.** Tale fascicolo deve contenere:

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

Il tardivo o omesso contatto con la Centrale Operativa può comportare l'impossibilità per UniSalute di erogare il miglior servizio nell'ambito della propria rete convenzionata.

UniSalute ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui l'Assicurato sia riconosciuto in Stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, UniSalute, insieme all'esito, comunica la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in Polizza decorre dal momento in cui UniSalute considera completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

Fermo restando che il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza viene effettuato in base ai criteri previsti all'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, deve essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza viene effettuato in base ai criteri previsti all'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, deve essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso deve essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

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

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

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato;
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute;

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

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato da UniSalute quando il contratto sia ancora in vigore e:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui agli articoli "Modalità di rimborso/Richiesta di erogazione di servizi" e "Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali" decorre dal momento in cui UniSalute considera completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

39.2. MODALITA' DI RIMBORSO/ RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di UniSalute secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, oltre all'attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti all'articolo "Massimale mensile assicurato" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli "Modalità di rimborso/Richiesta di erogazione di servizi" e "Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali":

- erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato;
- rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA.

39.3. EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO ASSISTENZIALI

In caso di erogazione delle prestazioni di cui al punto 1) dell'articolo "Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in RSA", avvalendosi quindi di strutture e/o di personale convenzionati con UniSalute, la stessa provvede a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che se l'assicurato opta per il pagamento diretto da parte di UniSalute, della badante, il contratto di assunzione della stessa deve comunque essere sottoscritto personalmente dall'assicurato oppure, ove ciò non è possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

La Struttura sanitaria e/o il personale convenzionati non possono comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti la somma assicurata o non autorizzate da UniSalute.

39.4. RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: Unisalute - Servizio Liquidazione - Via Larga,8 – 40138 Bologna - deve contenere la documentazione necessaria, cioè:

- § il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato; il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- § il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato deve, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale devono essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- § il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato; Inoltre, se è stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;

- § se l'Assicurato ha sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a UniSalute tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il fascicolo deve inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle rette di degenza in RSA.

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

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

39.5. ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

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

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

40. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

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

UniSalute conserva e allega ai sinistri la documentazione di spesa ricevuta in copia dall'Assicurato.

Nei casi in cui UniSalute richiede la produzione degli originali, svolte le opportune verifiche, li restituisce all'Assicurato.

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

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

41. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

42. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

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

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

Il Collegio Arbitrale risiede e si riunisce nel Comune dove ha sede di Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza o domicili elettivo dell'Assicurato.

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

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

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

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

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

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

ALLEGATO 1 – ALTA SPECIALIZZAZIONE

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

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

ACCERTAMENTI

- Accertamenti endoscopici diagnostici
- Amniocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Diagnostica radiologica
- Doppler
- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)

- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

TERAPIE

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

ALLEGATO 2 - ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
 - Interventi per fistole bronchiali
 - Interventi per echinococchi polmonare
 - Pneumectomia totale o parziale
 - Interventi per cisti o tumori del mediastino
- ### CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE
- Interventi sul cuore
 - Interventi sui grandi vasi toracici
 - Interventi sull'aorta addominale

- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi di orchiectomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

TRAPIANTI DI ORGANO

Tutti

ALLEGATO 3 – SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA

Gentile Cliente,

affinché Unisalute possa valutare la copertura delle prestazioni odontoiatriche di cui si appresta a richiedere il rimborso, è necessario che il suo medico odontoiatra compili la scheda anamnestica odontoiatrica **indicante le patologie e le pregresse riabilitazioni, rilevate PRIMA dell'erogazione delle terapie, durante le fasi diagnostiche pretrattamento.**

Tale scheda è stata suddivisa in due tabelle per rendere più agevole e uniforme la raccolta dei dati relativi allo stato di salute del suo cavo orale, **precedente alle prestazioni** odontoiatriche effettuate.

La documentazione compilata andrà inviata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni a: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO.

Il Sottoscritto/a		
Nato a	il	Codice Fiscale
Residente a	Prov	CAP
Via/Piazza	N°	N° tel.

TABELLA 1 – Anamnesi clinica degli elementi dentali e dei tessuti parodontali

Si prega di barrare con una X gli elementi interessati

Codice	Descrizione	Indicare gli elementi interessati															
X	ELEMENTO MANCANTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
O	OTTURAZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
D	DEVITALIZZAZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
IN	INTARSIO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RIC	RICOSTRUZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
W	CORONA PROTESICA SINGOLA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
F	FIXTURE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
PF	ELEMENTO DI PROTESI FISSA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

PM	ELEMENTO DI PROTESI MOBILE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
P	PERNO MONCONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
S	ELEMENTO DI SCHELETRATO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DP	DENTE PILASTRO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
C	CARIE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RA	RESIDUO RADICOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FC	FRATTURA CORONALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
ENV	ELEMENTO NON VITALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EDP	ELEMENTO DOLENTE ALLA PERCUSSIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EMP	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO +	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM1	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 1	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM2	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 2	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM3	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 3	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RGM I	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER I	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RGM II	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER II	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
COR	CISTI (ODONTOGENA O RADICOLARE)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DOA	DIFETTO OSSEO ANGOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
ERI	ELEMENTO RITENUTO OD INCLUSO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FR		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

	FRATTURA RADICOLARE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
CCI	CURA CANALARE INCONGRUA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
GP	GRANULOMA PERIAPICALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

TABELLA 2 – Patologie del cavo orale

Indicare per esteso il quadro clinico rilevato: si prega di scrivere in stampatello in modo chiaro e leggibile.

(Es.: recessione gengivale classe di Miller III: 1° e 2° quadrante; leucoplachia: mucosa geniena destra; frenulo: linguale; riassorbimento osseo orizzontale: diffuso; altre patologie delle mucose orali: mucoccele labbro inferiore; ecc.)

Codice	Descrizione	Indicare se presente
MLCI	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE I	
MLCII	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE II	
MLCIII	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE III	
TP	TORUS PALATINO	
TM	TORUS MANDIBOLARE	
FT	FRENULO TECTOLABIALE	
E	EPULIDE (GRANULOMA A CELLULE GIGANTI)	
L	LEUCOPLACHIA	
ESLT	ERITOPLACHIE O SOSPETTE LESIONI TUMORALI	
APMO	ALTRE PATOLOGIE DELLE MUCOSE ORALI	
FRE	FRENULO	
RCGMIII	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER III	
RCGMIV	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER IV	
ROO	RIASSORBIMENTO OSSEO ORIZZONTALE	

ATTENZIONE: nella scheda anamnestica vanno segnate le preesistenze (carie, elementi assenti, corone, otturazioni, fratture, ecc.) E NON le cure effettuate.

ATTENZIONE: La scheda anamnestica va compilata per l'intero cavo orale, non soltanto per il distretto oggetto di cure.

Note:

Firma dell'odontoiatra

Data

ALLEGATO 4 – MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Modulo denuncia di sinistro richiesta di rimborso

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

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

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

Luogo e data	Nome e cognome
	e C.F.
	del titolare di polizza o del familiare (in stampatello)
	Firma dell'interessato

POLIZZA NUMERO

CONTRAENTE: Cognome

Nome

ASSICURATO PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO:

Cognome

Nome

Nato/a	il	Codice Fiscale	
Residente in via	N°	CAP	Località/Comune Prov
Domicilio (se diverso da residenza)		CAP	Località/comune Prov
N° tel.	Tel cell.	E-mail	

Si allega la copia delle seguenti fatture

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

e si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Altre polizze Malattia/Infortuni possedute: SI ☐ NO ☐ Compagnia _____

Ai fini del rimborso diretto l'Assicurato notifica le coordinate bancarie del conto di cui deve essere l'intestatario o cointestatario
c/c intestato a: _____ Banca/Posta__

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

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva a UniSalute

Data _____

Firma dell'Assicurato _____

Da compilare e inviare in busta chiusa a:

**UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna
BO**

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(di seguito, "Informativa Privacy")
UNS_Info_Cont_01 – Ed. 01.01.2025

Gentile Cliente,

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

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

Chi tratterà i dati personali?

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

Quali dati personali tratteremo?

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

- a) dati anagrafici (nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale);
- b) dati di contatto (numero di telefono e indirizzo *e-mail*);
- c) coordinate bancarie (in particolare, l'IBAN);
- d) categorie particolari di dati⁵ (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 soggetti⁶ 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**⁷: 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 servizio⁸, 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 Riservata⁹;
- **(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 Vigilanza¹⁰;
- **(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.

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ 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.

⁹ L'informativa è messa a disposizione dell'interessato anche nella sezione "*privacy*" del sito web di UniSalute (<https://www.unisalute.it>).

¹⁰ Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione e adeguata verifica della clientela e per segnalazioni di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante un furto d'identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o previa richiesta al Responsabile per la protezione dei dati.

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F1	a); b); c). d): nei soli casi in cui, per le valutazioni precontrattuali, al fine di addivenire a un'eventuale stipula del Contratto, sia richiesta la compilazione di un questionario anamnestico.	Per quanto attiene alla conclusione del Contratto, la base giuridica del trattamento consiste nell'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta del Contraente. I Dati riferibili ai Terzi Interessati saranno trattati sulla base del legittimo interesse a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi. Precisiamo che potremo trattare Dati rientranti in categorie particolari (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per le valutazioni precontrattuali, al fine di addivenire a un'eventuale stipula del Contratto, e solamente dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento).	Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.
F2	a); b); c); d);	Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Per quanto riguarda il trattamento dei Dati per finalità antifrode e per l'analisi tariffaria, la base giuridica è il legittimo interesse di UniSalute correlato (i) alla necessità di prevenire e contrastare frodi in suo danno e (ii) alla necessità di svolgere attività di analisi dei Dati per valutazioni di carattere statistico e tariffario. I Dati riferibili ai Terzi Interessati, beneficiari di polizza, acquisiti nella fase precontrattuale, saranno trattati sulla base del legittimo interesse di UniSalute a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato¹¹.
F3	a); b); c); d)	Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2,	Il conferimento dei Dati, in questi casi, è necessario per permetterLe di ottenere i servizi <i>online</i> tramite l'Area Riservata. Il mancato conferimento dei Dati potrebbe compromettere il perseguimento di tale finalità.

¹¹ Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei Dati, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi di legge, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto contrattuale e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute (es.: difesa di diritti in sede giudiziaria).

		lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato.
F4	a); b); d)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere ad obblighi normativi e, in ogni caso, nella necessità di dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato.
F5	a); b); c); d);	La base giuridica del trattamento consiste nello specifico e facoltativo consenso degli interessati. Potrà esprimere tale consenso al momento della registrazione all'Area Riservata. Le ricordiamo che Le verranno fornite ulteriori informazioni sulla condivisione dei Dati tramite un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata.	Precisiamo, sin da subito, che il mancato rilascio del consenso non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla stipulazione e/o all'esecuzione del Contratto, ma precluderà solamente la condivisione dei Dati. Resta ferma, inoltre, la facoltà di revocare in ogni momento il consenso; la revoca non pregiudicherà la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.
F6	a); b); c);	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F7	a); b); c); d)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute rappresentato dalla necessità di tutelare i propri diritti. Tratteremo i Dati relativi alla salute, nei soli casi in cui ciò sia strettamente necessario per difendere un diritto di UniSalute in giudizio, sulla base dell'articolo 9, comma 2, lettera f).	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.

Come tratteremo i Suoi Dati?

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

A chi comunicheremo i Dati?

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

- I. soggetti esterni a cui UniSalute affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici e telematici, banche coinvolte nella distribuzione delle polizze assicurative, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei Dati¹²;
- 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 Unipol¹³;
- III. soggetti legittimati ad accedere ai dati in forza di specifiche disposizioni normative (quali ad esempio, Autorità Giudiziaria, Autorità di polizia giudiziaria, Autorità di controllo e vigilanza, ecc.): la comunicazione è necessaria al fine di adempiere ad obblighi di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria o di altre Autorità pubbliche.

¹² 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.

¹³ Per l'elenco completo e aggiornato di tutte le società facenti parte del Gruppo Unipol, si rinvia al sito www.unipol.com.

I Dati potranno altresì essere comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni ad UniSalute, coinvolti o nella prestazione dei servizi assicurativi che la riguardano¹⁴ 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 prescrizionali previsti dalla normativa di settore, nonché per la durata dell'eventuale contenzioso.

I Suoi diritti

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

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

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

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

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

¹⁴ 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 dati¹⁵ (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 soggetti¹⁶ 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**¹⁷: 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 servizio¹⁸, 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 Riservata¹⁹;
- **(F6) – Perseguimento di esigenze amministrative contabili e adempimento degli obblighi normativi:** i Dati saranno trattati al fine di perseguire esigenze amministrative – 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

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

¹⁷ 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.

¹⁸ 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.

¹⁹ L'informativa è messa a disposizione dell'interessato anche nella sezione *"privacy"* del sito web di UniSalute (<https://www.unisalute.it>).

pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di Vigilanza²⁰;

- **(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 Unipol²¹ e/o di terzi. In particolare, i Dati saranno utilizzati per l'invio di comunicazioni promozionali, newsletter e materiale pubblicitario, attività di vendita diretta e compimento di ricerche di mercato, incluse indagini sulla qualità e soddisfazione dei servizi, mediante tecniche di comunicazione a distanza comprensive di modalità automatizzate di contatto (come SMS, MMS, fax, chiamate telefoniche automatizzate, posta elettronica, messaggi su applicazioni web) e tradizionali (come posta cartacea e chiamate telefoniche con operatore);
- **(F8) – Invio di comunicazioni commerciali riguardanti prodotti e/o servizi analoghi (Soft-Spam):** i Dati del solo Contraente potranno essere altresì trattati da parte di UniSalute per inviare comunicazioni commerciali inerenti a prodotti e/o servizi analoghi a quelli già previamente acquistati, al solo indirizzo di posta elettronica fornito da parte del Cliente durante la fase di acquisto, salvo Sua opposizione;
- **(F9) – Tutela dei propri diritti:** il trattamento potrà avvenire, inoltre, al fine di agire a tutela dei diritti della Compagnia, anche in via difensiva, sia in sede giudiziale, che stragiudiziale.

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F1	a); b); c);	Per quanto attiene alla conclusione del Contratto, la base giuridica del trattamento consiste nell'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta del Contraente. I Dati riferibili ai Terzi Interessati saranno trattati sulla base del legittimo interesse a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi.	Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.
F2	a); b); c); d);	Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Per quanto riguarda il trattamento dei Dati per finalità antifrode e per l'analisi tariffaria, la base giuridica è il legittimo interesse di UniSalute correlato (i) alla necessità di prevenire e contrastare frodi in suo danno e (ii) alla necessità di svolgere attività di analisi dei Dati per valutazioni di carattere statistico e tariffario. I Dati riferibili ai Terzi Interessati, beneficiari di polizza, acquisiti nella fase precontrattuale, saranno trattati sulla base del legittimo interesse di UniSalute a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso	Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato²².

²⁰ Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione e adeguata verifica della clientela e per segnalazioni di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante un furto d'identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o previa richiesta al Responsabile per la protezione dei dati.

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

²² 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).

		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.	
F3	a); b); c); d)	Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Il conferimento dei Dati, in questi casi, è necessario per permetterLe di ottenere i servizi <i>online</i> tramite l'Area Riservata. Il mancato conferimento dei Dati potrebbe compromettere il perseguimento di tale finalità. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato.
F4	a); b); d)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere ad obblighi normativi e, in ogni caso, nella necessità di dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato.
F5	a); b); c); d);	La base giuridica del trattamento consiste nello specifico e facoltativo consenso degli interessati. Potrà esprimere tale consenso al momento della registrazione all'Area Riservata. Le ricordiamo che Le verranno fornite ulteriori informazioni sulla condivisione dei Dati tramite un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata.	Precisiamo, sin da subito, che il mancato rilascio del consenso non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla stipulazione e/o all'esecuzione del Contratto, ma precluderà solamente la condivisione dei Dati. Resta ferma, inoltre, la facoltà di revocare in ogni momento il consenso; la revoca non pregiudicherà la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.
F6	a); b); c);	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F7	a); b) – limitatamente ai Dati del solo Contraente.	La base giuridica del trattamento consiste nello specifico e facoltativo consenso del Contraente.	Il mancato conferimento dei Dati per questa finalità, nonché il mancato rilascio del consenso, espresso per la medesima finalità, non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla stipulazione e all'esecuzione della polizza assicurativa, ma precluderà il solo invio delle suddette comunicazioni al Contraente. Resta ferma la facoltà di revocare in ogni momento il consenso; la revoca non pregiudicherà la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.
F8	a); b) – limitatamente all'indirizzo e-mail del solo Contraente.	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute allo svolgimento di attività di marketing diretto, nei limiti di quanto previsto dall'art. 130, comma 4, del D. Lgs. 196/2003.	Il conferimento dei Dati è libero e facoltativo. Inoltre, sarà sempre possibile opporsi all'invio di queste comunicazioni mediante il tasto <i>unsubscribe</i> o scrivendo all'indirizzo e-mail: privacy@unisalute.it.
F9	a); b); c); d)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.

		UniSalute rappresentato dalla necessità di tutelare i propri diritti. Tratteremo i Dati relativi alla salute, nei soli casi in cui ciò sia strettamente necessario per difendere un diritto di UniSalute in giudizio, sulla base dell'articolo 9, comma 2, lettera f).	
--	--	--	--

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 Dati²³;
- 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 riguardano²⁴ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i Dati potranno essere comunicati ad altre società assicurative, anche non appartenenti al Gruppo Unipol, ove indispensabile per il perseguimento di legittimi interessi correlati a tali esigenze, o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

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

Per quanto tempo tratteremo i Dati?

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

In dettaglio:

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

I Suoi diritti

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

La normativa sulla privacy Le attribuisce, altresì, il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei Dati, se ne ricorrono i presupposti, e di

²³ 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.

²⁴ 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).

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.

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 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. 193²⁵ (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”)²⁶ 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;

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55anni - uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5

²⁵ 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”.

²⁶ Per “persona fisica” è da intendersi l’Assicurando/Assicurato in qualità di soggetto portatore del rischio assicurato.

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

- **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 Salute²⁷ contenente la tabella sotto riportata delle patologie oncologiche per le quali i **suddetti termini vengono ridotti**:
- ❖ Le informazioni di cui sopra non possono essere **acquisite neanche da fonti diverse** dal soggetto interessato e, qualora **già in possesso** dell'Impresa o dell'intermediario, **non possono essere utilizzate** per la determinazione delle condizioni contrattuali.
- ❖ In tutte le fasi di accesso a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi, comprese le trattative precontrattuali e la stipula o il rinnovo dei contratti, le **Imprese** e gli **Intermediari** sono tenute a **fornire informazioni** adeguate circa i diritti di cui sopra.
- ❖ Nei casi sopra indicati, non possono essere applicati **limiti, costi e oneri aggiuntivi o trattamenti diversi** a quelli previsti per la generalità dei contraenti, né imposte **visite mediche di controllo o accertamenti sanitari**.
- ❖ Al fine di evitare che, trascorsi i termini sopra indicati, le informazioni sulle patologie oncologiche già precedentemente fornite dal soggetto interessato possano essere utilizzate ai fini della valutazione del rischio, la Legge riconosce il **diritto alla cancellazione delle informazioni** già acquisite dall'Impresa o dall'Intermediario. A tal fine, il soggetto interessato deve inviare tempestivamente alla banca, all'istituto di credito, all'**impresa di assicurazione** o all'**intermediario** finanziario o **assicurativo**, tramite raccomandata A/R o PEC, la certificazione rilasciata in base alle disposizioni attuative di cui al Decreto 5 luglio 2024 del Ministero della Salute, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 30 luglio 2024, n. 177.

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

²⁷ Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 recante "Elenco di patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dagli art. 2, comma 1, art. 3, comma 1, lettera a), e art. 4, comma 1, della legge n. 193 del 2023".

Informativa sul ricorso all'Arbitro Assicurativo

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

CHI PUÒ ATTIVARLA

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

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

COME SI ATTIVA

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

